

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL PARA EL MANEJO DEL
ESTRÉS Y LA ANSIEDAD EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS: UN ABORDAJE COGNITIVO
CONDUCTUAL**

Por:

LICDA: DALYS O. SÁNCHEZ A.

**Tesis presentada en cumplimiento de los
requisitos exigidos para optar por el Grado
de
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Panamá, 2009.

57

25 MAY 2010

Obsequio del Autor

273

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de maestría en **Psicología Clínica**
Facultad de. **Psicología**
Número de Código 327-14-06-08-65
Nombre del estudiante: **Dalys O. Sánchez A.**
Título al que aspira **Magíster en Psicología Clínica**
Tema de tesis: **“Programa de Apoyo Psicosocial para el manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas: un abordaje cognitivo conductual.**

Resumen Ejecutivo: El trabajo a desarrollar consiste en un Estudio Explicativo (Pre-experimental) con diseño de antes y después con un solo grupo, cuyo propósito es ayudar a disminuir el estrés y la ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas. Pretendemos implementar un programa de tratamiento de grupo con enfoque cognitivo conductual y evaluar su efectividad al terminar el mismo.

Nombre de Asesor: Doctora: Graciela Mabel Álvarez
Firma de Asesor _____
Firma del Estudiante. _____
Aprobado por: _____
Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha _____

DEDICATORIA

A mis padres y hermanas quienes en todo momento, me brindaron su apoyo para alcanzar esta nueva meta en mi vida..

A mis queridas sobrinas, Paola e Isabel, porque ellas son la alegría de mi corazón

Y a mis adolescentes que sin su valiosa cooperación hubiera sido imposible la realización de este trabajo

AGRADECIMIENTO

A DIOS porque ha llenado mi copa a rebosar. Y su bondad y su amor me acompañan a lo largo de mis días

Mi sincero agradecimiento a la Profesora Graciela Mabel Alvarez, por haberme ayudado y orientado en momentos en que más lo necesitaba. Sobre todo le agradezco su asesoramiento en el desarrollo de esta investigación

Extiendo mi agradecimiento a las licenciadas Osiris Sánchez, Jenny Matteus y Zenaida Carreño, por la ayuda que me brindaron para la realización de este trabajo.

A la Profesora Elsa Fajardo quién aportó su tiempo, y conocimientos para el análisis y presentación de los resultados de la investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN – SUMMARY	12
INTRODUCCIÓN	13
 CAPÍTULO PRIMERO: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	 16
A. ADOLESCENCIA	17
1 GENERALIDADES.....	17
 B. PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA	 20
1 Infecciones de Transmisión Sexual.....	20
2 Deserción Escolar.....	22
3 Consumo de drogas..	23
4 Delincuencia Juvenil.....	24
5 Embarazo en la adolescencia.....	25
5 1 Generalidades	25
5 2 Adolescente Embarazada.....	27
5 3 Causas más frecuentes de embarazos en la adolescencia...	29
5 4 Consecuencias del Embarazo en las adolescentes.....	31
5 5 Necesidades de las Adolescentes Embarazadas...	33
 C. APOYO PSICOSOCIAL	 37
1 ¿En qué consiste el Apoyo Psicosocial?.....	37
2 Apoyo por parte de los padres.....	39
3 Apoyo por parte de las Instituciones de Salud	40
4 Programas dirigidos a las Adolescentes Embarazadas.....	41
4 1 Programa Progresando (2005)	41
4 2 Programa John Hopkins para Adolescentes Embarazadas una evaluación (2008). Baltimore, Estados Unidos.....	44
4 3 Programa para Adolescentes embarazadas y padres ado- lescentes de San Diego (SANDPP), (2008). Estados Unidos	45
4 4 Programa Educativo para Adolescentes Embarazadas (2008). México	47
4 5 Preparación Integral para la maternidad (2005) Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Argentina.....	49
4 6 Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA). 2008.....	50
5 Parto Psicoprofiláctico	50
6 Importancia de preparar a la Mujer para el parto.....	57

CAPÍTULO SEGUNDO: TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL	61
A. FUNDAMENTACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	62
B. TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES	71
1 Terapia Racional Emotiva de la Conducta (TREC)	71
1.1 El proceso de la TREC	72
2 La Terapia Cognitiva de Beck	73
C. TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES	76
1 Reestructuración Cognitiva	76
2 Resolución de problemas	78
3 Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad	79
4 Entrenamiento Asertivo en grupos	80
5 Tareas de Auto-ayuda	81
6 Ejercicios de Relajación	82
7 Uso del humor	83
D. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN GRUPO	84
E. TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL Y ANSIEDAD	86
CAPITULO TERCERO: ASPECTOS METODOLÓGICOS	89
A. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	90
B. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	90
C. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	93
1 Objetivos Generales	93
2 Objetivos Específicos	93
D. MUESTRA	94
1 Criterios de Inclusión	95
E. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	95
1 Estudio Explicativo	95
2 Diseño de Antes y Después con un solo grupo	96
3 Evaluación de Resultados	97
F. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	98
1 Hipótesis Conceptual	98
2 Hipótesis Operacional	98
3 Hipótesis de Trabajo	99
4 Hipótesis Nula	99

G. CRITERIOS DE DECISIÓN.....	99
H. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	99
1 IDARE (Mide Ansiedad Estado/Rasgo)	99
2 CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta).....	101
3 DSM-IV	102
4. Cuestionario de Conocimientos Generales.	103
I. VARIABLES	103
1 Variable Dependiente....	103
2 Variable Independiente..	104
J. LIMITACIONES.....	107
CAPÍTULO CUARTO. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	109
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.....	110
1 Edad	110
2 Nivel Educativo	111
3 Estado civil de las Adolescentes	112
4 Reacción de la Familia al conocer sobre el embarazo.....	112
B. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS GENERALES	113
C. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO (IDARE)..	117
D. RESULTADOS DE LA ESCALA ANSIEDAD MANIFIESTA CMAS-R..	120
E. CRITERIOS CLÍNICOS DEL DSM-IV-TR- PARA EVALUAR EL ESTRÉS.....	128
CAPÍTULO QUINTO. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	131
CONCLUSIONES.....	132
RECOMENDACIONES.....	137
BIBLIOGRAFÍA.....	139
ANEXOS	147

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pág.
GRÁFICA Nº 1. Edad de las Adolescentes Embarazadas.....	110
GRÁFICA Nº 2. Nivel Educativo de las Adolescentes Embarazadas.	111
GRÁFICA Nº 3. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Conocimientos Generales en el Pre test.....	113
GRÁFICA Nº 4. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Conocimientos Generales en el Post test.....	115
GRÁFICA Nº 5. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en la Dimensión Estado del Test IDARE en el Pre test y Post test.....	117
GRÁFICA Nº 6. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en la Dimensión Rasgo del Test IDARE en el Pre test y Post test.....	119
GRÁFICA Nº 7. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad Total del CMAS-R en el Pre test y Post test.....	120
GRÁFICA Nº 8. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en la Subescala de Ansiedad Fisiológica del CMAS-R en el Pre test y Post test.....	122
GRÁFICA Nº 9. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en la Subescala de Inquietud/Hipersensibilidad del CMAS-R en el Pre test y Post test.....	124
GRÁFICA Nº 10. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en la Subescala de Preocupación/Concentración del CMAS-R en el Pre test y Post test.....	126

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 1. PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL	148
ANEXO N° 2. MATERIAL DE APOYO DENTRO DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CON-DUCTUAL..... ... * ***	178
ANEXO N° 3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	186
ANEXO N° 4. EJERCICIOS INCLUIDOS EN LA PREPARACIÓN PA- RA EL PARTO PSICOPROFILÁCTICO..... ..	189
ANEXO N° 5 PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL UN ABOR- DAJE COGNITIVO CONDUCTUAL (SESIONES DEL TRATAMIENTO)	196

RESUMEN

El trabajo desarrollado consiste en una investigación de tipo pre-experimental, con diseño de antes y después con un sólo grupo; mediante el cual, se evalúa la efectividad de un Programa de Apoyo Psicosocial para el manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas un abordaje Cognitivo Conductual

Las adolescentes embarazadas asistieron al centro Virgen del Carmen ubicado en Cerro Cocobolo, en San Miguelito. Este programa se desarrollo en 4 módulos que fueron: Reestructuración Cognitiva, Técnicas de Afrontamiento, Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Programa de Apoyo Psicosocial Consta de 15 sesiones, de dos horas cada una y dos veces a la semana. Las variables dependientes del estudio fueron ansiedad y estrés, las cuales se evaluaron en dos períodos (antes y después del tratamiento) Los resultados analizados reflejan que el Programa de Apoyo Psicosocial con enfoque Cognitivo Conductual disminuye el estrés y la ansiedad presentes durante el embarazo

SUMMARY

The developed report consists of a pre-experimental searching stage, with an opening and a closing design limited to one group only Through this lot, a Supporting Psychosocial Programme for Stress and Anxiety Management is appraised onto a group of first-delivering pregnant adolescents.

Pregnant adolescents attended an assistance programme at Virgen del Carmen Centre in Cerro Cocobolo (Panama City, Republic of Panama) This programme has been developed in a four-module based structure: Cognitive Reorganisation, Affront Techniques, Training in Social Abilities, and Psychosocial Support Programme, and it consisted of 15 two-hour sessions, held twice a week Anxiety and stress were the subsidiary searching variables, and they were evaluated within two periods (after and before the treatments). The analysed results bounce that a Psychosocial Support Programme with a Cognitive Behavioural Focus diminishes stress and anxiety currently present during pregnancy

INTRODUCCIÓN

Los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad no están libres de verse envueltos en accidentes, violencia, infecciones de transmisión sexual, embarazos, desnutrición, depresión, drogadicción o suicidio, lo que puede prevenirse si se identifican y reducen los ambientes y los comportamientos de riesgo, y se promueven ambientes y comportamientos de protección en los propios espacios donde se desarrollan sus vidas. Una estrategia que posibilita la promoción de los ambientes y los comportamientos de protección es la educación, por lo que proporcionarla de manera adecuada, oportuna y con participación de distintos actores se convierte en una poderosa herramienta de prevención

No obstante, a pesar de los esfuerzos que se realizan en materia de prevención, nuestra sociedad está confrontando diversos problemas en la actualidad. Uno de ellos es el creciente número de embarazos en las adolescentes, lo cual crea una problemática que se pone de manifiesto en las repercusiones que trae para la futura madre, su hijo y el padre adolescente. Y que además, ocasiona una situación de estrés y ansiedad en la adolescente y en la familia de ambos progenitores.

La adolescente embarazada, por primera vez y desprovista de apoyo requiere de ayuda que la prepare para enfrentarse con los conflictos que se le puedan presentar, de tal manera que pueda superarlos e integrarse a la sociedad de la que forma parte.

Para esto, utilizaremos técnicas cognitivas en el tratamiento de las alteraciones en el comportamiento que muestran las adolescentes, ya que, está comprobado que la forma en que un individuo interpreta una situación y decide afrontarla determina que dicha situación provoque una respuesta de estrés, ansiedad y/o depresión.

En este estudio, consideraremos las técnicas cognitivo conductuales para determinar la efectividad del Programa de Apoyo Psicosocial para el manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas

En el primer capítulo abordamos la fundamentación teórica que sustenta el estudio, es decir, describimos en primer lugar, las generalidades de la adolescencia tales como: conceptos, problemas de la adolescencia (deserción escolar, consumo de drogas, infecciones de transmisión sexual, embarazo), variables que los causan, relación que existe entre embarazo, estrés y ansiedad en las adolescentes. También explicamos en qué consiste el Programa de Apoyo Psicosocial y el Parto Psicoprofiláctico.

El segundo capítulo hace referencia a las teorías que fundamentan la Terapia Cognitivo Conductual, específicamente, la Teoría Racional Emotiva de Allbert Ellis y la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y sus postulados. De igual forma exponemos aspectos fundamentales de la terapia cognitivo conductual aplicada al manejo del estrés y la ansiedad, que a su vez sirvió de base para la elaboración del programa de Apoyo Psicosocial con enfoque Cognitivo Conductual.

El capítulo tercero desarrolla la metodología de la investigación a partir del planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación, hipótesis, instrumentos utilizados, variables; entre otros aspectos

En el capítulo cuarto, exponemos los resultados de la investigación analizados estadísticamente y finalmente, se expone la discusión de dichos resultados

Como lo establece todo trabajo investigativo, finalmente, se contemplan una serie de consideraciones finales, como lo son, las conclusiones y recomendaciones, seguidamente, exponemos la bibliografía consultada, así como los anexos a través de los cuales mostramos los instrumentos, objetivos del programa, materiales, entre otros documentos empleados en el desarrollo del programa

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. ADOLESCENCIA

1. GENERALIDADES

La adolescencia puede considerarse como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y conductuales, que requieren de una cuidadosa atención por las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales; que finalmente imprimen en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto (Salazar, 2006)

Es común considerar conflictivo el período de la adolescencia. Período durante el cual se realiza toda una serie de tareas psicológicas que tienden a preparar al individuo para asumir su papel de adulto. Algunas de estas tareas involucran transición de la dependencia a la independencia, identificación sexual, superación de la rebeldía, adquisición de identidad, entre otras. A pesar que algunos consideran la adolescencia como la hemos señalado, el Psicólogo Robert Feldman (2002) la define como

“Adolescencia es la etapa del desarrollo en la que ocurren cambios biológicos de importancia conforme los adolescentes alcanzan la madurez sexual y física. Al mismo tiempo, estos cambios fisiológicos compiten con importantes cambios sociales, emocionales y cognitivos que ocurren mientras los adolescentes buscan independencia y avanzan hacia la etapa adulta”.

Para este estudio, definiremos la adolescencia como un proceso de transición. Transición, que es el resultado de cierto número de presiones

operantes. Algunas de éstas, sobre todo las de índole fisiológica y emocional, son internas, mientras que otras proceden de compañeros, padres, profesores, la sociedad en general y son externas para el joven (Coleman y Hendry, 2003).

Se conoce que la adolescencia comienza con la pubertad, pero resulta difícil establecer el momento en que termina. Un hecho invariable es que tanto los cambios físicos como los sexuales son inevitables. Los diversos cambios que confrontan los jóvenes son difíciles de comprender por los adultos y hace que sean calificados como rebeldes (Papalia y Olds, 1985).

Es una realidad que los adolescentes comparten el mundo con el resto de la sociedad, pero de forma diferente. Escuchan música distinta, usan vestuarios extraños y en ocasiones hablan de manera muy particular. A veces su conducta no es aprobada por los adultos, situación que los hace aliarse, para formar grupos y protegerse entre sí de las exigentes normas establecidas por la sociedad.

Al considerar a la adolescencia como un período conflictivo del desarrollo y una época de transición, no se debe olvidar que la tarea más complicada es la búsqueda de su identidad. Identidad que se irá adquiriendo a través de todas las dificultades, cambios y ajustes que hagan durante este período. Por medio de este proceso el adolescente tratará de obtener, entre otras cosas, la independencia de sus padres (Cassell, 1989).

En la búsqueda de independencia pueden darse rupturas con los valores tradicionales que llevan a los adolescentes a enfrentarse con problemas y decisiones difíciles. Los adolescentes se ven sometidos a una presión considerable por parte de su grupo para que adopten las normas de comportamiento, por ejemplo, pueden sentirse presionados para iniciar relaciones sexuales a una edad en que los conocimientos que poseen sobre reproducción y las consecuencias de estas relaciones son ignoradas

Dada la distancia que existe entre muchos adultos y sus hijos, resulta más complicado para los adolescentes discutir con sus padres asuntos relacionados con sexualidad, además que muchos padres tampoco se sienten preparados para ser ellos quienes inicien estos temas (Papalia y Olds, 2004)

El temor a que sus padres y otros adultos se enteren que mantienen relaciones sexuales, les impide hablar de su comportamiento sexual y reproductor abiertamente. De modo que, cada vez más se van aislando de sus familiares y de allí que vayan concediendo mayor importancia a su grupo de iguales (Cassell, 1989)

Por otra parte, la necesidad que tienen los adolescentes de información los mueve a buscarla en el colegio con sus amigos, lo que no siempre asegura que la obtengan y que la misma sea la adecuada

Lo anterior, nos lleva a pensar que nuestra sociedad debe tomar en serio a los y las adolescentes, debe protegerlos y proporcionarles apoyo en esta época

de sus vidas, ya que esta transición es la que les permitirá crecer, desarrollar su propio sistema de valores y establecer relaciones maduras de amor y amistad

B. PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA

Durante el período de la adolescencia algunos problemas serios hacen su aparición. Entre los problemas más comunes podemos mencionar infecciones de transmisión sexual, deserción escolar, abuso de drogas, delincuencia juvenil y el embarazo (Papalia y Olds, 2004)

Por ello, expondremos algunos aspectos principales de cada uno

1. Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual son originadas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica aunque, en algunas ocasiones, dicho mecanismo no es el más importante (Carreño, 2003).

Las infecciones de transmisión sexual afectan especialmente a personas que tienen dificultad de acceso a los servicios asistenciales adolescentes, prostitutas y adictos a las drogas.

Cifras provenientes del Programa Nacional contra del VIH/SIDA del MINISTERIO DE SALUD y publicadas en el Boletín de junio de 2001 indican que se han registrado 3,974 casos que cumplen con los criterios de caso para la

vigilancia epidemiológica. La tasa de mortalidad para el año 2000 fue de 105.4 por 100,000 habitantes.

La distribución por sexo de la enfermedad es de 3,031 (76.3%) para los varones y 943 (32.7%) para las mujeres. Se publica que de los casos acumulados, la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 44 años, con 62.7% seguido del grupo de 45 años y más con 23.8%, a los menores de 15 años les corresponde el 4.8% de los casos, y el resto se distribuye en el grupo de 15 a 24 años. La situación es preocupante debido a que se observa que la población mayormente afectada es la económicamente activa.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2007), las nuevas infecciones por VIH en el mundo se observan en jóvenes entre 15 a 24 años, y mayormente en las adolescentes; presentándose cerca de 330 millones de nuevos casos de infecciones por transmisión sexual cada año.

Otras infecciones de transmisión sexual que afectan a los adolescentes son la sífilis y la gonorrea, herpes genital, y se considera, que al igual que el SIDA, los adolescentes afectados han iniciado actividad sexual a edades tempranas, y son renuentes a utilizar el condón o preservativo. Además que estos jóvenes piensan que las enfermedades de transmisión sexual son fáciles de curar (Papalia, 2004).

Existen clasificadas más de 20 infecciones de este tipo, las cuales son provocadas por diferentes agentes como. virus, bacterias, hongos y otros

parásitos Como su nombre lo indica pueden adquirirse mediante contacto sexual, por la vía oral, vaginal y anal; independientemente de la condición, edad u orientación sexual que se tenga (Carreño, 2003).

2. Deserción Escolar

La deserción escolar es un problema que aqueja a nuestra juventud desde hace tiempo. Aquellos estudiantes que se retiran de las escuelas, en su mayoría, presentan problemas vocacionales y sociales importantes

Para algunos adolescentes es difícil asistir a la escuela porque no cuentan con los recursos económicos que les permitan hacer frente a los gastos que implica estar en la escuela. Abandonan la escuela porque no ven la utilidad de aprender materias que, en este momento, no se relacionan con su vida actual y futura. Además, otros jóvenes confrontan problemas personales que impiden su asistencia al colegio y entre éstos tenemos: el alcoholismo, adicción a drogas, una situación familiar conflictiva (padres separados, adictos, entre otros) y retraso mental (Perez, A. 2008)

Sin embargo, a pesar de lo antes descrito, es menor la cantidad de adolescentes que se retira de la escuela que los que continúan estudiando, ya que las exigencias de la vida cotidiana van en aumento, al igual que el avance tecnológico y esto los obliga a mejorar su educación.

En este sentido, se han observado estudios que encontraron diferencias en la personalidad y actividad escolar. Así, vemos que los muchachos desertores

con mayor frecuencia se consideran a sí mismos como líderes, pero también más impulsivos. Tenían un sentido de autoestima más bajo, tenían más compromisos sentimentales con chicas y más problemas estudiando. En el caso de las adolescentes desertoras se observó que provenían de familias más pobres, en comparación con las jóvenes que se graduaban, pero no se dio tal diferencia en el caso de los muchachos (Papalia y Olds, 2004)

Cualesquiera que sean las razones por las que los y las adolescentes abandonan la escuela, lo importante es que esto da lugar a conductas inadecuadas a edad temprana como el consumo de alcohol y otras drogas, la actividad sexual y en ocasiones se vean involucrados en algunos actos infractores de la ley. No obstante, no podemos ignorar que estas conductas pueden ser causa y consecuencia de la deserción escolar.

3. Consumo de Drogas

El consumo de drogas se convierte en un problema social en el momento que afecta la salud física y/o mental de una parte importante de la población, sin ser una condición exclusiva de algún sector social en particular. En este sentido, se convierten los adolescentes en una población de alto riesgo para iniciar el consumo de drogas. Los adolescentes consideran que las drogas representan una forma de aliviar sus problemas, reducir la ansiedad y la tensión de la vida cotidiana y en realidad sólo fracasan en sus intentos por sentirse mejor. Lo peor, es la creciente vinculación que existe entre grupo de amigos, consumo de drogas y delincuencia (Pick, Susan y otros, 1997)

Hay pruebas empíricas sólidas que indican que los adolescentes que traban amistad con compañeros que consumen drogas tienen más probabilidad de consumirlas, y quienes frecuentan a delincuentes, a la larga también lo sean (Thornberry, Terence y Marvin Krohn, citados por Staff, David M y otros 2002)

No obstante lo anterior, la sola asociación con el grupo de iguales que utilizan drogas, no es suficiente para que un adolescente inicie su consumo, es posible que otras variables como el nivel de funcionamiento intelectual del joven, el ambiente familiar, los medios de comunicación, problemas psicológicos y emocionales influyan de manera considerable, destruyendo la vida de quienes la utilizan

“Mientras consumíamos vivíamos en otro mundo. Percibíamos la realidad o la conciencia de nosotros mismos de forma esporádica y a sacudidas. Parecía que fuésemos por lo menos dos personas, como Dr Jekyll y Mr Hyde. Tratábamos de organizar nuestra vida antes de volver a las andadas. Por momentos conseguíamos hacerlo bien, pero luego se convirtió en algo cada vez menos importante y más imposible. Al final, Dr Jekyll murió y Mr. Hyde se hizo cargo de la situación” (Narcóticos Anónimos).

El abuso de drogas puede contribuir a la delincuencia juvenil, porque encierra la posibilidad de conducir a actos delictivos o violentos

4. Delincuencia Juvenil

La delincuencia juvenil es una condición definida en términos legales, más que un trastorno psiquiátrico o un problema de conducta específico. Como quiera que se observe, viene a representar uno de los más grandes problemas que enfrentan los adolescentes de hoy.

Existe un verdadero problema “un estado de guerra” generado por la existencia y el accionar de grupos juveniles, en especial los que se dedican a realizar hechos delictivos, y en esa misma proporción, algunos llegan a justificar actuaciones estatales alejadas de los derechos humanos (Gonzalez, Daniel. 2004).

El consumo de drogas, la alianza con otros adolescentes que presentan conductas desviadas de las normas establecidas por la sociedad, así como adolescentes con problemas emocionales y la existencia de hogares disfuncionales son factores que predisponen a la delincuencia, también es cierto que la delincuencia por sí misma significa para el menor una posición de prestigio, fuerza y poder social (Hinshaw y Zupan citados por Stoff, David 2002)

Para algunos adolescentes la delincuencia representa una forma de alcanzar todo aquello que no han podido a través de las vías sociales y que consideran merecen por derecho

5. Embarazo en la adolescencia

5.1. Generalidades

Tan solo es una niña que juega a ser madre Una niña teniendo un bebé, el miedo ante un futuro totalmente incierto; la compañía, si la hay, de una pareja que por lo regular comparte inexperiencia y pasos inciertos

Como si esto fuera poco, existen los señalamientos de la sociedad, de los amigos, de la escuela, incluso como podemos suponerlo, de la familia misma

El mundo deja de ser el de la dulce inocencia para estos muy jóvenes padres, donde todo el eje de sus vidas gira en torno a una nueva personita. Los desvelos dejan de ser por la fiesta del fin de semana, sino para cambiar pañales y entonar alguna canción de cuna, si la saben; y la diversión con los amigos tendrá que esperar porque ahora hay que comprar la comida y la ropa para el bebé.

La adolescente embarazada se enfrenta a un clima hostil, a una baja autoestima considerable, y en caso de no existir el apoyo para ella, el bebé y padre los costos podrían revertirse hacia la misma sociedad, ante la falta de oportunidades de aquellos para salir adelante (Sánchez, 1991).

El embarazo y el parto son aspectos claramente normales de la vida humana. Sin embargo, no podemos dejar de lado el hecho que las mujeres experimentan una serie de cambios psicológicos que acompañan el paso que se da de joven a madre madura y responsable. A la vez que todo esto representa uno de los primeros y más importante de los compromisos de la vida adulta.

El embarazo no sólo afecta a la mujer, sino a la familia en general. Ya que incluye una serie de modificaciones y cambios necesarios para adaptarse a la llegada del nuevo bebé. Además, de todos aquellos ajustes para solucionar más fácilmente las crisis que pudieran surgir durante este período (Esquivel, María y otros, 2001).

Muchas mujeres pasan por momentos de duda, ansiedad, irritabilidad y temores, lo cual no es extraño debido a lo delicado que puede ser el embarazo y el parto

A pesar de que el ser humano tiene facultad de adaptarse a las situaciones, cualesquiera que éstas sean, el embarazo puede convertirse en una crisis debido a los drásticos cambios que enfrenta la futura madre y que pueden dar lugar a cierta inestabilidad emocional, como ya hemos mencionado, pero se espera que una vez transcurrido el parto desaparezcan esos temores y se vuelva a la normalidad. No obstante, no se debe pasar por alto que el embarazo y posteriormente el parto, ocurren la mayoría de las veces fuera del matrimonio, y ambos pueden ser factores angustiantes y amenazadores que pueden llevar a la adolescente a un desequilibrio emocional (Deschamps, 1979)

5.2. Adolescente embarazada

La adolescencia como período de búsqueda de identidad, involucra toda una serie de conductas contradictorias, tensión emocional, cambios en el estado de ánimo, estrés y ansiedad. Por lo tanto, no es de extrañar que cuando la adolescente descubre su embarazo experimente con mayor intensidad la tensión y ansiedad. Además, en muchas ocasiones la adolescente se ve obligada a abandonar los estudios y con ello las actividades propias de este período con su grupo de amigos, los cuales en ocasiones se alejan de la joven por sentir temor o encontrarse confundidos ante la situación (Papalia y Olds, 1985).

Por otra parte, el enojo de los padres, los cuales atacan a la joven haciéndola sentir peor, amenazando su autoestima y la confianza en sí misma, señalando que es culpable por haber defraudado a la familia, o mucho peor que simplemente no cuente con una familia. En definitiva, la adolescente pierde el apoyo de amigos y familiares en el momento en que más lo necesita.

El embarazo de la adolescente no representa solamente un problema desde el punto de vista social, económico, educativo; sino también médico, ya que como resultado de las relaciones sexuales que ocurren cada vez a edades más tempranas y en las cuales, por la falta de información y tabúes existentes, la adolescente no hace uso adecuado de las medidas anticonceptivas y queda embarazada

Las adolescentes embarazadas corren mayor riesgo de aborto, toxemia, hemorragias, complicaciones durante el parto y de sufrir anemia post-natal. Además, enfrentan problemas en su desarrollo, ya que la estatura máxima que debe alcanzar la adolescente se da 4 ó 5 años después de las primeras menstruaciones y con el embarazo este crecimiento se detiene. Y en otras ocasiones, el proceso de soldadura de los huesos no ha concluido y esto también se ve afectado a causa del embarazo. Pero no es la adolescente la única que sufre, sino también su hijo, ya que con frecuencia, los niños padecen complicaciones producto del bajo peso al nacer o por ser prematuros (Papalia y Olds, 1985).

Para la adolescente embarazada tener un bebé es un problema importante, debido a todas las implicaciones sociales, económicas, médicas y psicológicas antes referidas, también porque la responsabilidad que se tiene con el recién nacido no termina con el parto, sino que prosigue con toda una serie de cuidados post-natales indispensables, como son suministrar un medio apropiado para el desarrollo del niño, su educación, atenciones y cuidados afectivos (Tapia, 2002)

A todos estos problemas se les suma el hecho que desde el principio muchas adolescentes viven los primeros meses de embarazo tratando de ocultarlo. Esto se debe a los sentimientos de angustia que experimentan frente a la realidad no saben cómo enfrentar el problema con los padres, amigos, no saben qué hacer con el bebé cuando nazca, y debido a su inmadurez carecen de los recursos para manejar esta nueva situación y el futuro papel de madre.

Por esto, desde cualquier punto de vista, el embarazo en la adolescente no es deseable ni conveniente, ya que por lo general promueve una serie de desajustes en el ritmo normal de la vida de la joven que lo experimenta. Si esto es así, nos salta la interrogante ¿Por qué quedan embarazadas las adolescentes?

5.3. Causas más frecuentes de embarazos en las adolescentes

A través de las diversas investigaciones realizadas se han señalado que las causas de que las adolescentes se embaracen a edades muy tempranas son muy variadas.

Papalia y Olds (2004) señalan

- Que las adolescentes se encuentran solas y sienten un inmenso deseo por llenar ese vacío.
- Por satisfacer necesidades psicológicas subyacentes
- Por tratar de probar su madurez ante sus padres
- Por algún tipo de problema emocional

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2007) indica ciertos factores que aumentan la probabilidad de embarazo en las adolescentes, entre los que tenemos

- * Proveniencia de un nivel socio-económico bajo
- * Inestabilidad familiar
- * Embarazo adolescente de alguna hermana
- * Madre con historia de embarazo adolescente
- * Presiones por parte de las amigas
- * Disminución del valor de la virginidad como prerequisite para el matrimonio
- * Período vital de mucha dependencia emocional donde la adolescente, consciente o inconscientemente desarrolla el deseo de embarazarse
- * Ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos
- * Familias con problemas de comunicación que no discuten temas sexuales y si lo hacen puede ser de manera distorsionada

- * Desarrollo sexual más temprano tanto en la mujer como en el varón
- * Factores socioculturales: la evidencia del cambio en las costumbres, derivados de una nueva libertad sexual que se da por igual en todos los niveles socioeconómicos, debido a una actitud más permisiva de la sociedad ante las relaciones sexuales prematrimoniales, aunada a la falta de conocimientos de la joven acerca de la anatomía y fisiología normales y de la posibilidad de reproducción, son causas directas del incremento citado en el número de embarazos entre adolescentes

La disminución del temor a las infecciones de transmisión sexual basada en la conciencia pública universal sobre su fácil curación y, así mismo, la frecuencia cada vez mayor de matrimonios en menores de edad.

Entonces, considerando lo antes descrito, se desprende la necesidad de ofrecer información sobre reproducción, métodos anticonceptivos, y otros temas de interés para las adolescentes con el propósito de evitar problemas y

producto de un deseo de la joven, pero la mayoría de las veces este embarazo no es deseado y puede tener efectos devastadores, entre los que podemos mencionar

- ❖ Pérdida de la autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando pensaban que eran independientes
- ❖ Se interrumpen sus relaciones de grupo, ya que la adolescente se ve incapacitada para continuar con sus actividades escolares o labores de costumbre
- ❖ Hay una demora o cese en su desarrollo personal

En este sentido, diversos estudios han demostrado que aquellas adolescentes que se embarazan siendo muy jóvenes tienen una probabilidad mayor de prolongar la pobreza, ya que al tener que abandonar la escuela, tendrán que conseguir un trabajo el cual no será muy remunerado y esto limitara su posibilidad de aspirar a una vida mejor (Papalia y Olds, 2004)

La probabilidad de que vuelva a tener otro hijo antes de los 18 años aumenta enormemente cuando ésta no ha ingresado a la escuela o conseguido trabajo

El que la adolescente embarazada se supere no depende exclusivamente de ella, sino del apoyo que le brinden otros miembros de la familia, así como de los programas comunitarios y sociales establecidos.

La posibilidad de que los embarazos continúen aumentando en la población adolescente es enorme, a menos que se diseñen y lleven a cabo estrategias para evitarlos

5.5. Necesidades de las Adolescentes embarazadas

Las adolescentes embarazadas tienen necesidades de diversa índole, las cuales deben ser satisfechas para garantizar el desarrollo sano del embarazo y el parto

Las adolescentes embarazadas tienen necesidades especiales debido a la inmadurez emocional, psicológica y física propia de su edad. Toda mujer embarazada requiere ser protegida, apoyada y necesita comunicar su ansiedad para sentirse segura (Pommé, 2007)

Durante el embarazo el apoyo es importante, sin embargo, en muchas ocasiones la abandona el novio, los amigos y los padres dejándola sola y sin los conocimientos adecuados para llevar un embarazo sano y con feliz término. La adolescente embarazada también tiene necesidades de orden alimentario, debido a que el embarazo y la lactancia requieren mayor cantidad de calorías.

Por ello, la alimentación debe ser variada. El descanso es otra necesidad, ya que con él se asegura el desarrollo sano tanto de la madre como de su bebé.

Estos aspectos son tratados en las consultas pre-natales, pero muchas adolescentes no acuden a sus citas durante los primeros meses porque no saben que están embarazadas o bien porque tratan de ocultarlo para no hacer

frente a los problemas que se derivan de esta situación. Esto es altamente peligroso ya que ignoran las consecuencias negativas que puede tener para ellas y su bebé. Para la adolescente puede representar. anemia, infecciones del aparato urinario, disfunción uterina, placenta previa, desproporción cefalopélvica, complicaciones en el trabajo de parto. Al mismo tiempo los riesgos que corre el bebé son prematuridad, bajo peso al nacer, mayor posibilidad de morir durante el primer año de vida, sufrir retraso mental y malformaciones congénitas. Estas necesidades y problemas observados desde el punto de vista médico (Gonzalez, 2008)

Desde el punto de vista de la salud mental se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo

La adolescente embarazada ha sido descrita como portadora de un síndrome de fracaso. "fracaso para cumplir sus funciones como adolescente, permanecer en la escuela, limitar a su familia, establecer valores permanentes, ser capaz de ganarse la vida y tener bebés sanos" (Webb, Citado por Dra María Esquivel y otros, 2001)

Durante el embarazo, el hecho estresante más importante es el embarazo mismo, y es diferente si se trata del primer embarazo, o si ya se han tenido otros, si se trata de una adolescente o de una mujer madura, si la mujer es

soltera o casada, es diferente también entre los grupos socioeconómicos, y en las distintas culturas. Y es muy importante también, si el embarazo es planeado y si el hijo es deseado. La ansiedad producida es distinta en los tres trimestres de la gestación: en general es menor en el segundo trimestre en comparación con el primero y el tercero. Cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales: el primero, es el trimestre de la concientización de sentimientos de alegría, temor y la adopción de conductas de control (control prenatal y del hecho de estar embarazada). En el segundo trimestre, el feto comienza a dar señales de vida y la mujer incorpora afectivamente al hijo como parte de sí misma. Y durante el tercer trimestre, la madre debe prepararse para el parto, para la llegada del bebé; donde pueden surgir expectativas y temores relacionados con el hecho de saber si será buena madre, sobre el dolor de parto o la idea de morir durante el mismo (Salvatierra, 1989, citado en SAMP, Boletín N° 2, 2008)

Algunas complicaciones como la hipertensión, anemia, y parto prematuro son de esperarse en procesos estresantes, mientras que complicaciones neonatales se relacionan con ansiedad, depresión y baja autoestima. Diversas investigaciones han demostrado que la ansiedad excesiva durante el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas que conduce a la provocación de alteraciones de la contractilidad uterina y de la dilatación cervical, causantes de la prolongación del parto y de la distocia (García y García, 1955, Kelly, 1962, Levinson y Shnider, 1979, citados por Hurtado, 2001). Es indudable que existe

una relación entre el estrés psicológico materno, y la asfixia neonatal. Se considera que el estrés materno, detenera la circulación al útero. El estrés es causa predisponente del parto pretérmino. Además de los aspectos médicos, ya mencionados, el estrés psicosocial puede afectar la conducta de la adolescente embarazada quien demora su atención prenatal lo que interfiere con su capacidad para asumir la educación en salud y su autocuidado durante el embarazo. Lo que resulta necesario para la adolescente (Salvatierra, 1989 citado por SAMP, boletín N° 2, 2008).

La adolescente embarazada es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. La adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Estos embarazos, ocasionan gran cantidad de problemas escolares, dificultan conseguir empleo lo que interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes y limita sus relaciones sociales (Pernoud, 2000).

Lo anterior nos indica la importancia de crear programas donde las adolescentes puedan recibir información sobre aspectos relacionados con el período que atraviesan. Información que esté adaptada a sus necesidades.

actuales y les brinde orientación para que puedan organizar sus vidas durante el embarazo y una vez hayan tenido a sus bebés

Con relación a esto, nos surge la inquietud por crear un programa de Apoyo Psicosocial que ofrezca apoyo Psicológico y Social con el propósito de brindar toda la ayuda posible y que garantice el bienestar de la adolescente embarazada y que posteriormente pueda redundar también en beneficio para el recién nacido

C. APOYO PSICOSOCIAL

1. ¿En qué consiste el apoyo Psicosocial?

Al hablar de Apoyo Psicosocial, estamos haciendo referencia a dos aspectos a saber el psicológico y el social. Estos interactúan entre sí. Tal es el caso que al verse afectado uno se involucra el otro

Se brinda apoyo Psicosocial con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas que lo reciben. Este apoyo puede ofrecerse a cualquier persona que atraviese una crisis por ejemplo: divorcio, muerte de un ser querido, pérdida del empleo, una enfermedad terminal, embarazo o cualquier otro evento significativo y de gran importancia en la vida del individuo

El apoyo psicosocial se proporciona con el objetivo de preparar a las personas psicológica y socialmente de tal manera que puedan enfrentarse más fácilmente con el estrés, la ansiedad, los temores, expectativas y para que

encuentren solución a los mismos y de esta forma puedan evitar desajustes en su comportamiento en un momento determinado (Sánchez, 1991)

Es necesario resaltar que en el caso que nos ocupa, la adolescente embarazada primigesta, el apoyo psicosocial es indispensable. Ya que requiere ayuda que la prepare para enfrentar los conflictos emocionales, sociales, educativos, y principalmente aquellos relacionados con el rol de madre y que puedan ser superados lo más satisfactoriamente posible.

A través del apoyo psicosocial, proporcionado por medio de charlas, películas, ejercicios, ensayos de conducta, realización de tareas, se espera incrementar la confianza y seguridad de la adolescente, disminuyendo el estrés y la ansiedad propios del embarazo, pero agravado por tratarse de una adolescente que espera su primer hijo (Solís, 2008)

Si las adolescentes embarazadas reciben apoyo social por parte de las trabajadoras sociales de las Instituciones de salud, se beneficiarán del tratamiento o atención psicológica brindada por los psicólogos/as y esto contribuirá mucho más a reducir el estrés y la ansiedad que puedan surgir durante la gestación, le facilitará manejar muchas actitudes negativas y todo esto permitiría una mejor aceptación de su embarazo

Crear programas que ofrezcan apoyo psicosocial en hospitales y centros de salud es una forma de prevenir problemas que puedan surgir durante cualquier momento conflictivo en la vida.

2. Apoyo por parte de los padres

Es lógico pensar que los padres no desean que su hija no quede embarazada. Si bien es cierto que la adolescente embarazada es quien tendrá que hacerle frente al embarazo, no es menos cierto, que al final, mucho de este peso recaerá sobre la familia, tanto en el aspecto económico como por lo que no resulta extraño escuchar a los padres reprender fuertemente a las jóvenes aplicándoles toda clase de calificativos, haciéndolas sentirse culpables por haber manchado el honor de la familia y/o haberlos decepcionado (Cassell, 1989)

En fin, el papel de los padres en este momento es vital, toda vez que al brindar el apoyo emocional adecuado, ayuda a que la adolescente asista a sus controles prenatales, y que se sienta comprendida y no juzgada. En ocasiones, la actitud de los padres presiona a la adolescente a tomar decisiones drásticas como regalar, dar en adopción a su hijo o practicarse un aborto.

Estas situaciones incrementan los problemas debido a las implicaciones médico-legales que acarrearán para la adolescente y su familia (Solis, 2008)

De tal manera que el papel de los padres debe ser de apoyo, guía o consejería; ayudando a sus hijas a considerar sus opciones con mucho cuidado. Actuando en defensa de los mejores intereses de los adolescentes que serán futuros padres, explorando alternativas e identificando vías para que tomen las decisiones más apropiadas. Las adolescentes embarazadas, no pueden

pretender de ninguna manera que sus padres y familiares cooperen de buena gana y con alegría ante una situación con la que ellos no están de acuerdo.

Tal vez sea indispensable la ayuda de un profesional calificado que oriente a los padres sobre qué hacer (Cassell, 1989)

3. Apoyo por parte de las Instituciones de Salud

Resulta indispensable que los servicios de salud brinden a las adolescentes embarazadas orientación y que sean apropiadas para ellas. Ya que éstas acuden a los centros de salud y hospitales a programas creados para la mujer adulta, que sólo benefician a la adolescente en el aspecto fisiológico, pero que no atienden sus necesidades psicológicas especiales.

Muchos países no cuentan con fondos suficientes, ni con el personal calificado para construir y poner en marcha programas especiales dirigidos a las adolescentes embarazadas y que esperan a su primer hijo

Es importante que las adolescentes cuenten con el apoyo, atención, y orientación de profesionales de distintas disciplinas y que además, el grupo donde estas jóvenes se encuentren esté integrado por otras jóvenes de igual edad. Resulta necesario que se les presenten los programas existentes, reciban apoyo y entrenamiento para ser madres, tratando de ofrecer todos los servicios para la consecución de un mejor embarazo y parto (Gavensky, 1971)

Existe interés en que toda la ayuda para la adolescente sea por parte de un equipo interdisciplinario que asegure a la joven un embarazo saludable, para

prevenir cualquier tipo de complicación materna o fetal, para garantizar que su alimentación sea adecuada de modo que no afecte su salud ni la de su bebé; además de prepararla para el parto y que pueda de esta manera lidiar mejor con sus temores y esté un poco más capacitada para asumir con mayor seguridad su futura responsabilidad (Guerrero, 2005).

4. Programas dirigidos a las Adolescentes Embarazadas

Mencionaremos aspectos principales de programas dirigidos a las adolescentes embarazadas en otros países y en Panamá

4.1. Programa Progresando (2005)

Un Programa ejecutado por el Despacho de la Primera Dama en República Dominicana que acompaña y empodera a las familias en extrema pobreza en su proceso de desarrollo integral a través de orientación, información, capacitación y concienciación sobre el acceso y disfrute de bienes y servicios ofrecidos por el Estado y la sociedad civil para la garantía de sus derechos fundamentales. Se trata de un Programa que a través de un contacto directo con las familias, apoya las acciones del Estado que contribuyen a:

- Reducir la pobreza extrema y el hambre
- Garantizar la educación primaria universal básica
- Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil.

- Mejorar la salud materna
- Combatir el Sida
- Asegurar un medio ambiente sostenible

El Programa Progresando trabaja con las familias a través de visitas domiciliarias realizadas por un profesional capacitado en intervención socio-familiar que acompaña a las familias en su proceso de desarrollo durante un período de dos años. Cada familia socia del Programa, teniendo en cuenta los roles y responsabilidades de cada uno de sus miembros, se compromete con metas y objetivos que impulsan su desarrollo integral. El proceso de desarrollo integral de la familia se da en una comunidad. Cuando la familia progresa, hay avances en la comunidad y a su vez en el país. Por tal razón, el Programa compromete a los miembros de las familias Progresando a integrarse en asociaciones comunitarias que contribuyen a formar conciencia ciudadana a través de la participación, la expresión artística, la incidencia en la resolución de problemas de la comunidad, el mejoramiento del entorno, la defensa y garantía de derechos fundamentales, entre otros. El Programa Progresando genera capacidades en las familias reduciendo el asistencialismo. Las orienta sobre el acceso y uso eficaz de los bienes y servicios que oferta el Estado y crea conciencia sobre los derechos y deberes que tienen los miembros de la familia

El Programa Progresando coordina con el Gabinete Social dirigido por el Vicepresidente de la República cuando las acciones ejecutadas requieren una intervención múltiple de todas las instituciones estatales que implementan las

políticas sociales del gobierno Este Gabinete articula las acciones sociales a nivel nacional y provincial. A través del Gabinete Social, el Programa Progresando articula la prestación de bienes y servicios brindando garantía de derechos fundamentales a las Familias Progresando Se Identifican necesidades de las familias que son atendidas a través de la coordinación realizada por el Gabinete Social

El Programa Progresando crea conciencia en las familias Progresando de la importancia de la salud integral de cada uno de sus miembros. El Programa Progresando orienta a los padres, madres y tutores sobre la atención primaria en salud de los niños y niñas y los servicios que ofrecen las Unidades de Atención Primaria en Salud establecidas en el sistema de salud. Asimismo, apoya al sistema de salud creando conciencia en los padres y madres sobre el control de vacunas y la nutrición adecuada para prevenir la mortalidad infantil.

El Programa Progresando orienta a las familias sobre la necesidad de atención médica especial a las adolescentes embarazadas y la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes El Programa Progresando promueve que las mujeres se hagan periódicamente la prueba de Papanicolau y mamas y que utilicen métodos anticonceptivos bajo control médico así como la lactancia materna y prácticas de higiene y nutrición.

4.2. Programa John Hopkins para Adolescentes Embarazadas: una evaluación (2008), Baltimore, Estados Unidos.

Este programa trabaja principalmente con adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes. En este programa se describen los embarazos exitosos de las adolescentes.

El programa de adolescentes embarazadas es extenso, provee un intenso apoyo psicosocial y educación de las pacientes, además de cuidados, donde se contó con un equipo formado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos que conducían un sistema de manejo de casos individuales. También se pensó que el éxito del programa dependería de la atención psicosocial, así como del control de riesgo obstétrico y se enfatizaba en aspectos muy importantes como atención individual de casos, salud, embarazo nutrición, educación para los padres, apoyo psicosocial dirigido a los adolescentes y sus familias, y una evaluación del progreso por parte de los monitores

Las participantes de este programa, tuvieron pocas complicaciones del embarazo y baja mortalidad perinatal. El programa también muestra que las adolescentes de 14 años y menos, que entraron al cuidado prenatal significativamente más tarde que las adolescentes mayores tuvieron bebés con el promedio más alto de peso y no hubo grandes riesgos de muerte perinatal en comparación con las adolescentes mayores, demostrando así su efectividad en el cuidado de la adolescente embarazada

4.3. Programa para adolescentes embarazadas y Padres Adolescentes de San Diego (SANDPP) (2008), Estados Unidos

Es un programa para la vida de la familia adolescente, que se desarrolló en el estado de California. Este proyecto es parte del trabajo que se realiza en el departamento del servicio de salud y salud maternal del niño y es también uno de los dos proyectos, entre otros, de este tipo de programas en el estado de California

El motivo para desarrollar el programa se basó en los censos que seguían la pista del condado de San Diego, que presentaba la más alta concentración de nacimiento de niños de madres adolescentes, y cuyos niños presentaban bajo peso al nacer

Las metas que pretendía alcanzar este programa eran las siguientes

- Mejorar la salud de los infantes.
- Alentar a las adolescentes a permanecer en la escuela o ser matriculadas en ésta
- Reducir la incidencia de embarazos adolescentes
- Utilizar la medicina o servicios médicos
- Proporcionar un manejo continuo de casos individuales
- Comprometer al padre adolescente en el programa.

Además de las metas individuales, los beneficios que proporcionó este programa a las adolescentes embarazadas fueron los siguientes.

- Cuidados médico pre-natales; maternidad y recién nacido
- Asesoramiento psicosocial que incluye evaluaciones psicológicas, consejería y terapia individual, de pareja y familiar; ofrece servicios de salud mental si se requiere, evaluaciones de nutrición y supervisión, asesoramiento en nutrición y supervisión, asesoramiento en nutrición de infantes o bebés, en embarazo y lactancia
- Salud educacional (incluye la preparación para el nacimiento).
- Mantenimiento de programas académicos o vocacionales
- Salud infantil, mantenimiento y supervisión
- Cuidado diario del niño
- Entrenamiento para padres, que incluye una temprana relación e identificación del riesgo de abuso o negligencia.
- Transporte
- Orientación vocacional
- Asesoramiento en adopción
- Servicio legal para padres adolescentes, para establecer la paternidad
- Referencia para casas, ayuda financiera y servicios de emergencia.

Estos programas sugieren que la gente joven responderá mejor si se mantienen en contacto directo con una persona que los atienda y conozca sus necesidades, además de sus problemas. También hacen énfasis en el deber

que tiene todo el equipo de salud en asistirlos y ayudarlos para que alcancen toda la independencia que desean

El equipo de trabajo que participó estuvo coordinado por agencias de servicio multidisciplinarios en la comunidad. Integrado básicamente por enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y personal para prevenir el abuso de niños y niñas.

Para concluir con este programa, podemos señalar que el SANDAPP, cree que los embarazos en las adolescentes representan un problema de múltiples aspectos. Tratar sólo el síntoma y no tratar e identificar las patologías principales no es suficiente para alcanzar los objetivos del proyecto.

El papel principal de estos programas es llegar a las adolescentes embarazadas y a los padres, evaluar sus necesidades, ofrecer sus servicios para tratar de mejorar la calidad de vida de las personas que participan de él

4.4. Programa Educativo para Adolescentes Embarazadas (2008), México.

El Centro de Orientación para Adolescentes (CORA A.C.) y el hospital de la mujer de la S. S. A., en México, consideran que los programas de salud no contemplan las necesidades de salud específicas de las adolescentes ni ponen a su alcance las medidas preventivas que evitarían una situación de embarazo, especialmente si son jóvenes solteras. Señalan además que la falta de orientación e información veraz y oportuna a nivel familiar y escolar, contribuye a la práctica de una sexualidad más irresponsable

Diferentes autoridades así como los prestadores de servicios, conscientes del programa han brindado un apoyo constante, que permite llevar a cabo las actividades que contemplen los servicios médicos y sociales ofrecidos a la población adolescente atendida en el mismo.

Las actividades de este programa, consisten en información, orientación, apoyo y referencias a las adolescentes de 17 años y menores ya que se conoce que es el grupo con mayor riesgo en los aspectos biológicos y psicosociales ante un embarazo

La información que se imparte a estas adolescentes aborda aspectos básicos de la educación de la sexualidad, salud sexual, higiene sexual y enfermedades de transmisión sexual, metodología anticonceptiva, medidas de prevención del cáncer cérvico uterino y mamario. Otra información que se imparte y que contribuye a fomentar el ejercicio responsable de su sexualidad es la de posponer otro embarazo. También se ofrece información referente a los cuidados que se debe ofrecer al recién nacido y algunos aspectos de nutrición

Además, las actividades y la información que se proporciona se encuentran apoyadas por dinámicas de integración que permiten a las adolescentes familiarizarse e intercambiar experiencias.

También se llevan a cabo dinámicas grupales que contribuyen al fortalecimiento de la autoestima

Las charlas, son impartidas por un equipo integrado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos.

Algunas de las adolescentes participan en las actividades que en CORA A C , se brindan como son. círculos de estudio de educación abierta, o se les capacita para realizar algún trabajo

4.5. Preparación Integral Para La Maternidad (2005). Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Argentina.

Esta guía tiene como propósito principal ayudar, acompañar y generar la mejor vivencia de la maternidad en las futuras madres y sus familias A través de un proceso que permita a la embarazada y su familia conocer en forma integral los temas anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y físicos del embarazo y facilitar una mejor preparación física y psíquica para su desempeño durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención del futuro hijo. Además de brindarles el soporte emocional necesario para que estos períodos sean transcurridos sin temor y en forma feliz

Esta guía pretende capacitar a los integrantes de los equipos de salud del área perinatal, pertenecientes a los establecimientos asistenciales del sistema, con el fin de conseguir un acercamiento a todas las embarazadas, su familia y la comunidad que las contiene

Idealmente, el equipo ejecutor estará integrado en forma interdisciplinaria, y desarrollará sus actividades según su disciplina de origen, pero organizadas

según una planificación que contemple prioritariamente las necesidades de la madre y su futuro hijo (Devani, 2005).

4.6. Asociación Panameña Para el Planeamiento de la Familia (APLAFA) (2008)

El centro de adolescentes de APLAFA ofrece a los jóvenes orientación en los aspectos social, psicológico, médico, educativo y legal. Les proporcionan un lugar donde los jóvenes puedan encontrarse, donde se les prestan servicios y pueden realizar múltiples actividades en compañía de otros jóvenes

A través del contacto con los adolescentes y los diversos problemas que éstos confrontan, APLAFA observó la necesidad de crear un programa especial de apoyo dirigido a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes. Se ofrecen cursos básicos de Salud Sexual y Reproductiva, ejercicios para el parto psicoprofiláctico, orientación vocacional, entre otros.

5. *Parto Psicoprofiláctico*

El parto no es una cirugía, donde el enfermo es un sujeto pasivo; sino que se trata de un fenómeno natural que se desarrolla con mayor facilidad cuando la participación de la mujer es activa. Para que esta participación sea activa es necesario que la mujer esté preparada (Gavensky, 1971)

Un método orientado a prepararla es el parto psicoprofiláctico o parto sin temor, el cual pretende prevenir el dolor por medio de la acción psicológica

(acción verbal) donde la necesidad de anestesia se vea atenuada y la mujer esté lo más consciente posible del desarrollo del parto y del nacimiento de su hijo. Este método busca eliminar las causas que pueden provocar alteraciones del equilibrio fisiológico de los sectores superiores del sistema nervioso central y de esta forma evitar que se produzca dolor en el momento del parto.

Entran en este método una serie de medidas que protegen a la embarazada de la acción de la palabra cuando éstas pueden condicionar y reforzar las sensaciones de dolor durante el parto. Este sistema incluye además, cuidados psicosigiénicos, y cuidados en cuanto a la asistencia de la maternidad.

El objetivo principal del método psicoprofiláctico, no es trabajar solamente a nivel individual, sino luchar para reducir el dolor o cualquier otro sufrimiento negativo en la mujer como fenómeno de grupo. Es decir, debe propiciar un cambio en la actitud de las mujeres con respecto al dolor del parto (Gavensky, 1971)

El resultado de la educación que se le brinde a la mujer, sería que desaparezcán los dolores y los temores del parto. Educación que incluye una serie de técnicas de relajación, respiración y gimnasia necesarias que representan una gran fuente de ayuda y de seguridad en el momento del alumbramiento (Whiteford y Polden, 1995).

En este sentido se considera que las clases de gimnasia con embarazadas deben tener en cuenta las siguientes fases

➤ **ENTRADA EN CALOR.**

Posición inicial parada

- Piernas separadas, entrelazar manos, elevar brazos mientras toma aire, estirarse, bajar los brazos mientras expulsa el aire
- Caminata en el lugar, combinada con ejercicios de miembros superiores
- Movimientos libres de miembros inferiores
- Movimientos libres de miembros inferiores combinados con miembros superiores
- Tener cuidado en control pélvico
- Combinar todos los ejercicios con control respiratorio
- Duración de la entrada en calor: 10 minutos

➤ **FORTALECIMIENTO.**

Posición inicial parada.

- Caminata en el lugar combinado con ejercicios de trabajo localizado de pectorales, cintura escapular, tríceps, bíceps, etc., con y sin elementos (ej mancuernas).
- Trabajo de miembros inferiores con y sin combinación con miembros superiores, haciendo hincapié en fortalecimiento de cuádriceps, isquiotibiales y glúteos.

- Elongación de los grupos musculares trabajados
- Cuidar el control pélvico durante los ejercicios
- Combinar los ejercicios con la respiración.
- Duración de esta etapa 20 minutos

Posición inicial acostada

- Fortalecimiento de abdominales (cuidar el control pélvico)
- Fortalecimiento del suelo de pelvis
- Fortalecimiento de aductores, abductores
- Fortalecimiento de glúteos
- Fortalecimiento de miembros superiores
- Patrones respiratorios localizados.
- De estas opciones sólo se elegirán los grupos musculares que se deseen trabajar
- Duración de esta etapa entre 15 y 20 minutos

Recordar que toda técnica de fortalecimiento muscular requiere posteriormente la elongación y la relajación

➤ ELONGACIÓN.

Estiramiento del músculo trabajado para evitar su contractura y facilitar la relajación

➤ **RELAJACIÓN. VUELTA A LA CALMA.**

Posición inicial acostada.

La relajación va a ser inducida por el terapeuta con voz suave y pausada, buscando que se relaje progresivamente cada parte del cuerpo de distal a proximal, pies, rodillas, muslos, abdomen, glúteos, columna, miembros superiores, cuello, cabeza y cara.

La clase estará acompañada en su totalidad por música, cuyos ritmos irán variando de acuerdo a cada etapa de la misma. Este ritmo también debe variar en la voz del terapeuta.

Reynoso y Seligson (2005) sugieren las siguientes Técnicas de relajación:

- Permanezca acostada con el cuerpo flojo.
- Respire profundamente y ponga su mente en blanco, dejando atrás todas las preocupaciones que tenemos habitualmente.
- Ahora concéntrese en la parte inferior de su cuerpo.
- Piense en sus tobillos, flojos y colgantes. Sus tobillos están muy cómodos y relajados.
- Ahora sus pantorrillas. Afloje sus músculos. Muy bien.
- Piense en sus muslos, los anchos y fuertes músculos de sus muslos se van aflojando. Están suaves, pesados. Están totalmente sostenidos. Muy bien.

- Ahora sus glúteos y el perineo. Esta zona necesita estar muy relajada durante el trabajo de parto y el nacimiento. Déjese ir. Abandónese mentalmente
- Ahora la parte inferior de su espalda. Imagínese que alguien le está dando un cálido masaje
- Ahora sus pensamientos flotan hacia su abdomen. Permita que su abdomen se hinche hacia fuera. Concéntrese en como se mueve mientras usted realiza la respiración abdominal, piense en como su bebé flota ahí adentro, libre, abrigado, satisfecho y seguro.
- Ahora su tórax, que a medida que respira se abre dejando lugar a que el aire llegue a los pulmones, los recorra y salga, lentamente casi como la respiración durante el sueño. Respire con facilidad y lentitud. Trate de inspirar por la nariz y espirar por la boca, lenta y fácilmente, permitiendo que el aire entre y salga
- Ahora piense en sus hombros. Imagínese que le acaban de masajear los hombros y la parte superior de la espalda. Aflojese. Sienta la calidez, sienta la tensión que se aleja.
- Concéntrese en sus brazos. Junto con su respiración y hacia fuera, afloje sus brazos, desde los hombros hacia abajo, hacia las muñecas, las manos y sus dedos. Pesados, flojos y relajados.
- Ahora su cuello. Todos los músculos de su cuello están suaves porque no deben sostener la cabeza en ninguna posición. Su cabeza está pesada y totalmente apoyada de modo que el cuello pueda abandonarse y relajarse

- Concéntrese en sus labios y en su mandíbula. Están sueltos y relajados. No debe mantener la boca abierta ni cerrada. Esto es cómodo, no hay tensión allí
- Ahora sus ojos y párpados. Usted no mantiene sus ojos ni abiertos ni cerrados. Están libres. Sus ojos no enfocan nada y se mantienen quietos debajo de los párpados. Sus párpados están relajados y pesados
- Concéntrese en la frente y en el cuero cabelludo. Piense en la calidez y relajación que hay allí. Abandónese. Tiene una expresión calma, tranquila, la cual refleja su calma y tranquilidad interna.
- Tómese ahora un momento para notar y disfrutar este sentimiento de calma y bienestar. Recuerde que usted puede relajarse así en cualquier circunstancia, antes de dormir, durante el descanso y también durante las contracciones del parto, disminuyendo las molestias del período de dilatación y facilitando la expulsión del bebé

Al finalizar estos ejercicios de relajación se deberá permitir unos minutos de silencio antes de dar la orden de moverse, respirar hondo, parpadear, abrir los ojos, bostezar, desperezarse, cambiar de posición y cada uno en su tiempo, incorporarse

Duración de esta etapa 15 a 20 minutos

6. Importancia de preparar a la mujer para el parto

Antes de iniciar el tema es necesario remitirse a la historia de la Psicoprofilaxis Obstétrica para valorar los cambios que ha sufrido la atención de la embarazada con el correr del tiempo.

A mediados del siglo pasado, eran ya varios los autores que habían propuesto diversas soluciones

En Inglaterra, en 1944, el Dr Grantly D. Read introdujo el término de “parto sin temor” en su libro “Childbirth without fear”. Grantly, advertía que las embarazadas criadas en un ambiente que consideraban las experiencias del parto como muy angustiosas y llenas de dolor, solían tener partos difíciles y dolorosos, mientras que las mujeres que parían con facilidad pertenecían a un ambiente que las había educado con un enfoque opuesto.

En la Unión Soviética, en 1951, los doctores Nicolaiev, Platonov y Velvosky, pertenecientes a la escuela pavloviana, centraron el método en la madre e iniciaron la “psicoprofilaxis” o prevención mental, utilizando métodos hipno-sugestivos y la intervención de los reflejos condicionados en la supresión del dolor

En Francia, en 1955, el Dr. Lamaze incluyó la figura del padre en el parto, y en 1974 el Dr Leboyer introdujo el término de “Parto sin Violencia” recreando la necesidad de un ambiente de tranquilidad durante el parto, valorizando el protagonismo del bebé y poniendo de manifiesto su derecho a ser protegido

Se observa, pues, que el concepto de la preparación para la maternidad fue evolucionando desde la idea de un parto sin dolor, a un parto sin temor, y desde éste hacia un parto que debe transcurrir sin violencia y con felicidad, con el objeto de lograr actitudes positivas en la futura madre frente a uno de los eventos más importantes de la vida.

Cuando nos remitimos a las concepciones del sistema médico acerca del parto surge en primer lugar la Psicoprofilaxis Obstétrica, cuyo objetivo “la sedación del dolor”, como medio para evitar o corregir las complicaciones dinámicas del parto se lograba por medio de una educación orientada a obtener un comportamiento “sosegado y disciplinado”, tal como lo explica en el Prólogo de su libro “Psicoprofilaxis Obstétrica”, el Dr. Ricardo V. Gavensky (1971)

Dicho método se perfeccionó con los años, hasta ser utilizado, difundido y puesto en práctica en la mayoría de los países de Europa, América y Asia con las modificaciones propias del profesional que lo utilizaba

La afirmación de que el curso del parto puede verse alterado por factores psíquicos, concretamente por el estrés, la ansiedad elevada y el miedo, se debe inicialmente a Dick Read (1944) citado por Hurtado, 2005; que describió el mecanismo responsable mediante la afirmación de que el miedo produce tensión muscular que dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente de dolor en las contracciones del parto, estableciéndose el círculo miedo-tensión-dolor. Para prevenir estas alteraciones, desarrolló la preparación psicoprofiláctica del parto mediante sesiones de información, sugestión y relajación.

Deschamps (1979), manifestó que el estado de ánimo que antecede al parto puede facilitar o dificultar el mismo. Por eso se conoce que cuando se posee un estado de ánimo optimista el organismo se ve invadido por un gran equilibrio y se duplican sus fuerzas, pero si por el contrario el estado de ánimo no es positivo todo lo que se emprenda será más complicado y no se estará en las mejores condiciones para realizar una tarea tan importante como es el parto.

Si la mujer se encuentra tensa y ansiosa el parto será más prolongado y doloroso y sus energías se agotarán rápidamente en el momento en que más necesita conservarlas para participar activamente en la expulsión del niño

La mujer siente miedo porque ha escuchado que el parto es una prueba dolorosa, también por el hecho que casi nunca se relatan las historias donde el parto fue normal, sino sólo aquellos en las que fueron prolongados y dramáticos

El temor puede producirse por falta de conocimientos, ya que en ocasiones la mujer ignora todo lo relacionado con el embarazo, cómo es el desarrollo del niño durante los nueve meses, cómo ocurre el nacimiento y que cuanto más ansiosa se encuentre, mayor será la tensión que se produce en su organismo

El miedo crea una tensión muscular exagerada y aquellos músculos que debieron estar relajados para dar lugar al nacimiento del niño, estarán contraídos por lo tanto se producirá dolor. Para evitar sentir dolor, es necesario disminuir el dolor, de modo que resulta importante para la futura madre, y en

especial a la adolescente embarazada conocer cómo se produce el embarazo, parto y cuidado del niño (Pommé, 2007)

Esta preparación para el parto se ha denominado psicoprofilaxis obstétrica, parto psicoprofiláctico o parto sin dolor. Siempre comprende una serie de clases que incluyen material teórico y práctico. Algunas sesiones se realizan sólo con la embarazada y otras sesiones apoyada por su pareja o alguien que la acompañe. En estas clases se les explica lo que es el embarazo, anatomía y fisiología de los órganos reproductores masculinos y femeninos, desarrollo del bebé, cómo se desarrolla el parto, así como información relacionada con autoestima, manejo del estrés en casa y cualquier información necesaria para asegurar la tranquilidad de la futura madre (Tapia, 2002).

Lo más importante es que por medio de las clases para el parto, y otros temas relacionados con el embarazo, cuidados del recién nacido, cuidados maternos, la embarazada se estará preparando para la llegada de su bebé y se aumentará la posibilidad de que el nacimiento del niño sea menos doloroso y ella se sienta mejor.

CAPITULO II

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

A. FUNDAMENTACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Los antecedentes modernos de los tratamientos psicológicos con validación experimental los hallamos en las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov (1927) Las nociones sobre condicionamiento clásico por él propuestas otorgaron la base teórica y empírica para los programas que luego llevaran adelante los grupos liderados por Joseph Wolpe en Sudáfrica y Hans Eysenck en Inglaterra hacia mitad del siglo pasado. Ambos equipos trabajaron fundamentalmente con las llamadas neurosis, hoy conocidas como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre la hipótesis de que la sintomatología de tales cuadros resulta de experiencias de aprendizaje desafortunadas, las cuales por medio del condicionamiento clásico, establecen patrones conductuales desadaptativos De esta manera, el tratamiento consistirá en propiciar las condiciones para que se “desaprendan” las asociaciones establecidas por las experiencias traumáticas y se aprendan otras nuevas y saludables en su lugar (Minici, 2007).

En este entorno teórico nace la primera técnica de intervención psicológica cuya eficacia fue probada experimentalmente, la Desensibilización Sistemática, de manos de Joseph Wolpe (1958)

También se realizan los primeros estudios experimentales sobre la exposición y prevención de la respuesta, la práctica negativa, el entrenamiento asertivo, entre otros Este cuerpo de conocimientos teóricos y sus aplicaciones se cristalizó con el nombre “Terapia de la Conducta” (Rimm y Masters, 1985)

Paralelamente, entre 1950 y 1970, investigadores norteamericanos aplicaban los principios skinnerianos sobre condicionamiento operante a la solución de otro tipo de patologías psicológicas. Ellos se ocuparon más de pacientes psiquiátricos institucionalizados y con severos deterioros, considerados en muchos casos irreversibles. Basados en un paradigma claramente ambientalista, los psicólogos norteamericanos se preocuparon por diseñar programas con el fin de alterar las contingencias ambientales que controlaban las conductas a ser modificadas. En esta línea se ubican trabajos de Teodoro Ayllon y Nathan Azrin (1968) en Minichi (2007), quienes construyeron un exitoso programa para pacientes psicóticos denominado genéricamente economía de fichas. Este grupo optó por el título de "Modificación de Conducta" o "Análisis Conductual Aplicado" para referirse a sus producciones.

Si bien cada uno de los grupos mencionados se avocó a temas y problemas diferentes, compartieron un campo común. En primer lugar, por supuesto, el enfoque empírico de corte experimental. Pero también un fuerte interés en la conducta observable como variable dependiente de los diseños y un claro supuesto ambientalista. Aunque desde perspectivas diferentes, todos coincidían en que las conductas desadaptativas mantenían una relación funcional con el ambiente. En otras palabras, las experiencias de aprendizaje establecían asociaciones de estímulos, conductas y consecuencias diversas, las cuales controlaban luego los hábitos desadaptativos causantes de sufrimiento.

Las técnicas desarrolladas por ambos grupos son las que tradicionalmente se han identificado bajo el término conductuales o comportamentales. Habiendo

sufriendo modificaciones variables por el avance del conocimiento. Ellas conforman una porción importante del caudal terapéutico actual. Entre sus características distintivas comunes hallamos la observación y el registro del comportamiento así como el manejo de estímulos antecedentes y consecuentes de las conductas objetivas

Desde la década del 60 en adelante, ya varios autores de corte conductual comienzan a ocuparse de la importancia de las imágenes como elementos mediatizantes importantes (Wolpe, 1958, Cautela, 1969) mientras que otros resaltan el valor de la conducta verbal y las autoinstrucciones en la práctica clínica (Skinner, 1974), estos tópicos son abordados de lleno por los modelos cognitivos cuya historia reseñamos a continuación (Minica y otros, 2007).

Como era de esperar, la expresión “cognitivo” ha alcanzado tal reconocimiento que resulta imposible definirla con precisión. La primera distinción es entre terapia cognitiva por un lado y psicología cognitiva o del procesamiento de la información, por el otro. Esta última se refiere a un paradigma de investigación fuertemente enraizado en la psicología experimental, cuyo objetivo ha sido estudiar los procesos de flujo y transformación de información en los seres humanos principalmente, aunque no exclusivamente. Por supuesto, dentro de la misma psicología cognitiva se han desarrollado algunas vertientes de acuerdo con el énfasis puesto en los distintos temas y en las formas de aproximarse a ellos. Esta es la psicología que ha estudiado minuciosamente procesos como atención, concentración, memoria,

pensamiento, lenguaje, entre otros. Se trata de una psicología que se mantuvo bastante alejada del ámbito clínico algunas décadas.

Las terapias cognitivas constituyen enfoques nacidos y contruidos en el mismo ámbito clínico, inicialmente desprendidos del psicoanálisis y por ende, alejados de la psicología experimental. Tanto Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva, como Aaron Beck, padre de la Terapia Cognitiva, eran psicoanalistas que, no conformes con los planteamientos psicodinámicos, crearon nuevos sistemas teóricos y mecanismos técnicos que más tarde recibirían sustento de la investigación experimental. Esto los transformó en terapias con apoyo empírico y los involucró en el marco de las intervenciones psicológicas científicas y eficaces. Por supuesto, mucha de la base empírica de las terapias cognitivas provino desde la misma psicología cognitiva del procesamiento de la información, ambos enfoques afortunadamente aunados con el auge de las neurociencias (Minici, y otros, 2007).

Diversos factores intervienen para que hacia 1960, tanto la Terapia Racional Emotiva como Terapia Cognitiva hallaran un entorno propicio para surgir. Entre ellos sobresale el estrecho margen en el cual se había movido el conductismo junto con el fracaso en el tratamiento de algunas patologías, particularmente la depresión. No por casualidad, con este desorden la terapia cognitiva de Beck (1964) gana popularidad y hace su entrada en el escenario de las terapias con apoyo empírico en un estudio sobre efectividad realizado por Instituto de Salud Mental de Estados Unidos en el año 1985.

En fin, son muchos los autores que han intentado aislar cuáles son los elementos comunes a las terapias denominadas cognitivas, y darnos a conocer aspectos relevantes sobre la misma.

La terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962, Beck, 1964 en Camerini, 2005).

Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, J., Cognitive Therapy: Basics and Beyond 1995 p14, en Camerini, 2005).

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan”. (Dattilio y Padensky, Cognitive Therapy with Copules, 1990. p.6)

En otras palabras, la terapia Cognitiva se basa en los siguientes supuestos

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad

- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (emocionales, conductuales y cognitivos)
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del proceso cognitivo de la información (creencias, esquemas) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo las Terapias Cognitivas enfatizan

- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso
- Un enfoque orientado al problema y objetivo.
- El carácter educativo o reeducativo del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional

Las terapias Cognitivas son un grupo de procedimientos heterogéneos en cuanto a sus modelos, fundamentos teóricos, factores cognitivos considerados, estrategias de intervención, importancia dada a las técnicas conductuales, grado de estructuración de sus procedimientos y áreas de aplicación. Además, todas ellas aceptan el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo de conductas y emociones, así como el papel del aprendizaje para alterar tales cogniciones y modificar las conductas y los estados emocionales. Se considera a Kelly (1955) el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad y un enfoque de la clínica según la terapia cognitiva. Aporta la Técnica de la Rejilla y

la Teoría de los Constructos Personales. Para él, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del sujeto

Según Mahoney y Arknoff (1978) existen tres grandes grupos de terapias cognitivas

Terapias racionales o de reestructuración cognitiva:

- El papel de estas técnicas es identificar y modificar cogniciones desadaptativas.
- Terapia Racional Emotiva de Ellis
- Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Goldfried.- Terapia Cognitiva de Beck
- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum

Técnicas para el manejo de situaciones evocadoras de estrés:

- Desensibilización Sistemática como técnica de control de Goldfried
- Modelado Encubierto de Cautela
- Inoculación de estrés de Meichenbaum y Cameron.
- Entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson

Técnicas destinadas al entrenamiento para el análisis y abordaje de problemas:

- Técnica de Resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried
- Técnica de Resolución de problemas Interpersonales de Spivack y Shure
- Ciencia Personal (SCIENCE) de Mahoney.

Existen otras técnicas cognitivas no incluidas en la clasificación anterior, tales como la terapia cognitivo-estructural de Guidano y Liotti, terapia de valoración Cognitiva de Wessler y Wessler, la terapia de constructos personales de Kelly, la terapia multimodal de Lazarus y otras. Para efecto de nuestra investigación haremos referencia principalmente a la Terapia Cognitiva Conductual como un modelo psicoterapéutico basado esencialmente, en el modelo de la terapia racional emotiva de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y otras orientaciones conductuales. El núcleo de esta terapia está fundamentado en el hecho de que “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos” (Camerini, 2005), y por lo que a Beck y otros (2003), expresan: “los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”

Así tenemos que las creencias, valores, actitudes y expectativas que modelan nuestra conducta no son fruto de las emociones, ni se generan en el corazón, sino que son fruto de nuestros pensamientos. El llanto, la carcajada, el sentimiento de derrota o de triunfo, el amor o el desamor, el abatimiento o la dicha, la frustración, la culpa o la tristeza son consecuencias del pensamiento, no sus causantes.

El que se adopte una actitud positiva o negativa ante la vida, el que la relación personal con el mundo que nos rodea sea satisfactoria, el que la relación que mantenemos con nosotros mismos sea armoniosa y benéfica depende del tono de las cogniciones (Jaumeandreu, 2000)

En este sentido, las teorías cognitivas señalan que las respuestas emotivas o conductuales ante un estímulo o situación dependen del significado que les damos a las cosas, de la percepción o la forma como evaluamos los momentos. De esta forma, vemos como los pensamientos racionales que son interferidos por pensamientos irracionales (disfuncionales o perturbadores) generan cambios significativos en las personas (Kendall, 1979, en Rodríguez, 1999).

Un pensamiento racional es verificable, real, y provoca emociones moderadas que son cónsonas con la situación que ha activado el pensamiento. Por el contrario, un pensamiento irracional se presenta cuando no se puede verificar con la realidad y genera emociones desmesuradas que no están en consonancia con el acontecimiento que ha activado dicho pensamiento.

Entonces, considerando que la terapia Cognitiva Conductual, es de naturaleza educativa, se espera que enseñe al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas, emocionales y de comportamiento que pueden surgir del pensamiento perturbador o irracional y modifique este pensamiento por otro más adaptativo.

Beck (2000) nos señala que la modificación del pensamiento desadaptativo produce una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento.

B. TERAPIAS COGNITIVO – CONDUCTUALES

1. Terapia Racional Emotiva de la Conducta (TREC)

Fundada por Albert Ellis en 1956, es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva. Este modelo terapéutico sostiene que las personas tienen ideas irracionales y filosofías de la vida que mantienen como dogmas y les producen perturbaciones emocionales y conductuales.

Aquí, el elemento principal del trastorno psicológico es la interpretación o creencia irracional y poco funcional que realiza el sujeto. Ellis empezó a formular su terapia racional emotiva cuando observó clínicamente el uso que hacía la gente del lenguaje que les llevaba a definir las cosas como terribles e insoportables

Korzybski (1933) en. Rimm y Masters (1988) es un autor que antecede a Ellis y considera la tendencia humana hacia la generalización y la importancia de ser adecuados en el lenguaje que utilizamos para que se ajuste al máximo a la realidad que intenta reflejar

Las creencias racionales son probabilísticas, preferenciales o relativas y se expresan en forma de deseos, gustos, etc. Por el contrario, las creencias irracionales son dogmáticas y se expresan en forma de necesidad, obligación “debo”, “tengo que”, “necesito” (Jaumeandreu, 2000) . Son estas ideas irracionales las que están en la raíz de la mayor parte de trastornos

emocionales Las alteraciones psicológicas se explican así por la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto

Por otro lado, la terapia Cognitiva-Conductual, supone que el estilo del terapeuta es activo, directivo y en gran parte, educativo El terapeuta racional-emotivo debe. aceptar incondicionalmente a sus pacientes como personas falibles, ser genuino, abierto. Es necesario mostrarse activo-directivo ya que los pacientes necesitan un estilo vigoroso, didáctico, es decir comportarse como un buen profesor que explique a los pacientes los mecanismos generales de sus perturbaciones, debe ser un modelo racional de sentir y comportarse, deberá dar gran importancia a la correcta utilización del lenguaje y usará el humor como medio didáctico

1.1. El proceso de la TREC:

- Explicación del esquema A-B-C: se explica a los sujetos que A (acontecimientos activadores) son experiencias reales de sus vidas, B los pensamientos irracionales que puede suscitar y C las consecuencias, esto es, malestar emocional.
- Detección de las ideas irracionales: Ellis entiende por irracionales todos aquellos pensamientos, emociones y comportamientos que no nos permiten ser felices Para detectarlos hay que buscar las afirmaciones imperativas que el paciente se hace a sí mismo (debería, tengo que.)

- Debate, distinción y discusión de las ideas irracionales: discusión o disputa racional, principal enfoque terapéutico de la TREC. El método seguido para debatir es el lógico-empírico, esto es, cuestionar y debatir científicamente la cuestión. El objetivo del debate es que el sujeto diferencie entre lo que se quiere y lo que se necesita. Las nuevas creencias racionales adaptativas que surgen de la discusión de creencias irracionales están representadas por la letra E
- Consecución de un nuevo efecto o filosofía. se trabaja con el fortalecimiento del hábito. El paciente debe interiorizar las nuevas creencias, con los procedimientos utilizados en el entrenamiento así como enfrentarse a los acontecimientos activadores, el mayor número de veces posible para poner en práctica lo aprendido

2. La Terapia Cognitiva de Beck.

Formulada y desarrollada por Aaron Beck (1964) Ha tenido su mayor desarrollo en el tratamiento de la depresión unipolar. La terapia cognitiva es un método educativo y estructurado en el marco de un esfuerzo de colaboración entre paciente y terapeuta

El elemento fundamental señala que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes. Beck dice que existe una predisposición para la distorsión que consiste en elementos de vulnerabilidad cognitiva preexistentes, bastante estables y habitualmente no conscientes. Estos

elementos de vulnerabilidad serían conceptos o esquemas negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (tríada cognitiva), adquiridos durante la infancia a través de experiencias negativas y de la identificación con personas significativas

Las distorsiones cognitivas son los errores de procesamiento de la información que las personas cometen debido a los esquemas negativos activados, son las que explican cómo se mantienen las creencias sobre la validez de sus conceptos negativos y nos muestra algunos ejemplos

- **Inferencia arbitraria:** Tendencia a sacar conclusiones negativas sin que haya datos objetivos que las justifiquen
- **Abstracción selectiva:** Valorar una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros más relevantes
- **Tendencia a sacar conclusiones de una situación sin existir evidencia que las apoyen o incluso con evidencia en contra de las conclusiones.** Se selecciona la información de modo consistente con un esquema disfuncional
- **Generalización excesiva:** extraer una conclusión general a partir de hechos aislados y aplicarlas indiscriminadamente.
- **Magnificación y Minimización:** consiste en la tendencia aumentar los fracasos y a disminuir los éxitos de una manera desproporcionada

Estas personas cuando miden sus defectos, errores, carencias o fracasos toman una actitud que lo exagera haciendo que cualquier fallo parezca imperdonable. Cuando miden sus logros, éxitos, cualidades o triunfos toman otra actitud que disminuye, haciendo que cualquier logro parezca insignificante

- **Personalización:** la persona se hace responsable no sólo de sus propios actos sino también de las acciones de los demás. Creen que todo cuanto sucede alrededor de ellas es culpa suya, aunque no hayan tomado parte en ello
- **Pensamiento absolutista y dicotómico:** de todo o nada, sin tener en cuenta grados intermedios, tonalidades intermedias.

En fin, la terapia cognitiva es una técnica activa, directiva y orientada hacia los problemas concretos del paciente. Es una terapia estructurada, de tiempo limitado que se utiliza para tratar depresión unipolar, trastornos de personalidad, ansiedad, fobias, trastornos de la alimentación, problemas sexuales y otros. El estilo característico de la terapia cognitiva, consiste en que el terapeuta evita contestar una pregunta del paciente y ante ella le plantea otra pregunta esperando que sea él mismo quien llegue a la conclusión.

C. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

1. Reestructuración Cognitiva

Esta técnica consiste en identificar y modificar las ideas irracionales o distorsiones cognoscitivas que influyen en las emociones, sentimientos (ansiedad, tristeza) y en las acciones de la persona, ya que se supone que el sistema cognoscitivo puede ser cambiado de manera directa y que este cambio dará por resultado una serie alterada y más apropiada de conductas racionales (Sue,D , Sue, D. y Sue, S., 1996, en: Matteus, J, 2004)

La terapia racional emotiva de la conducta y la terapia cognitiva de Beck utilizan la reestructuración cognitiva como procedimiento básico para modificar las interpretaciones y los procesos de pensamiento de un individuo ejerciendo una influencia poderosa sobre sus sentimientos y acciones. Este es el caso por ejemplo, en que los esquemas cognitivos de la ansiedad tienen contenidos referentes a amenazas, peligro, daño sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución, autonomía y salud (Jarret y Rush (1988), en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez(1992), en : Barrios M, 2005), y pueden ser modificados por tendencias cognitivas más adaptativas ante situaciones estresantes que pueden afectar la salud emocional, y física de los pacientes, como ocurre en las adolescentes embarazadas primigestas.

A través de esta técnica se le explica al paciente en qué consiste el modelo A B C., como también qué son las distorsiones cognitivas, creencias irracionales

o pensamientos perturbadores. Esta técnica se utiliza para enseñar a los pacientes a identificar y desechar distorsiones cognitivas y se les entrena para que utilicen pensamientos más realistas y apropiados.

Se establece que la reestructuración cognitiva puede aplicarse a grupos. Primero, enseñándoles a los participantes a diferenciar entre las afirmaciones auto-despectivas y las de auto-alabanza. Luego, se les anima para que elaboren afirmaciones de auto-alabanza que aumenten la resolución de problemas. Posteriormente, se les orienta para que construyan afirmaciones cognitivas realistas, se utiliza el modelado cognitivo, donde los participantes se imaginan en situaciones estresantes y sustituyen los comentarios auto-despectivos por los de auto-alabanza, ya que las afirmaciones auto-despectivas pueden causar desajustes emocionales e interfieren sobre la ejecución. Por último las tareas en casa para que practiquen antes de probar un nuevo estilo en el mundo real (Rose, 1989, en: Corey, G, 1995)

Todas las personas tienen metas, objetivos, principios, normas, deseos y expectativas. Es bueno tenerlos y es bueno luchar para lograrlos. Pero también es necesario aceptar que no siempre será posible cumplirlos, que la realidad a veces no coincide con los deseos, ya sean estos justos o injustos, razonables o no. Aceptar la realidad es el primero y único paso posible para tratar de modificarla (si fuera posible) o adaptarnos a ella (si no fuera posible modificarla, Camerini, 2005), esto último como ocurre como con las adolescentes que están embarazadas siendo muy jóvenes.

2. Resolución de Problemas

Considerando que los problemas y los conflictos son parte de nuestra existencia, entonces la habilidad de manejarlos es una de las más valiosas que puede - y necesita - poseer un ser humano (Rodríguez, 2000,)

La resolución de problemas viene a ser otra de las técnicas usadas en la terapia Cognitivo-Conductual, con la cual se pretende influir y cambiar la forma que tiene el paciente de percibirse a sí mismo, a las otras personas y su futuro

Diversos autores, entre ellos: Beck (2000), Spiegler y Guevremont (1993) destacan el hecho de que la resolución de problemas conlleva cuatro fases primordiales

- **Definir el problema:** se describe el problema, se ayuda a los pacientes a comprender por qué ocurren algunos problemas, se evalúa el significado que tiene para ellos ese problema; es decir, el pensamiento que genera. Y se les puede transmitir la expectativa de que son capaces de aprender formas adecuadas para manejarlos.
- **Sugerir alternativas para solucionar el problema:** en este punto, los pacientes pueden expresar todas las posibles soluciones para un conflicto, sin evaluar ninguna de ellas hasta que todos los miembros del grupo hayan expuesto sus ideas.

- **Toma de decisiones:** una vez que se han presentado diferentes alternativas para solucionar el problema, se les pide a los participantes que elaboren una lista con las principales alternativas señalando los puntos a favor y en contra de cada una, y evaluando las posibles consecuencias. Una vez finalizado esto, estarán más preparados para escoger una alternativa efectiva para la solución de su problema.
- **Aplicar y evaluar la solución:** consiste en aplicar la decisión tomada y luego evaluar las consecuencias de sus acciones en el mundo real.

Para la presente investigación, se pretende lograr que las adolescentes embarazadas puedan hacer frente lo mejor posible a situaciones como: solicitar ayuda pre-natal, tomar sus medicamentos, asistir a los controles médicos mensuales, asistir al tratamiento que le proporciona conocimientos sobre su salud y la de su bebé, cuidados del recién nacido, maltrato infantil, alimentación, así como decidir si continuarán estudiando y contemplar la posibilidad de criar a sus hijos o iniciar un proceso para dar a sus bebés en adopción.

3. Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. Los procedimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio y suponen que benefician al paciente en dos formas - sugiere que comportarse asertivamente genera mayores sentimientos de bienestar en el

paciente y - que al comportarse asertivamente, el paciente será más capaz de lograr recompensas sociales (así como materiales) significativas, obteniendo así mayor satisfacción en la vida (Rimm y Masters, 1986).

El entrenamiento en asertividad trata de equipar a los pacientes con las habilidades y actitudes necesarias para manejar efectivamente una amplia gama de situaciones interpersonales

4. Entrenamiento Asertivo en Grupos:

Generalmente se trata de grupos formados por dos terapeutas y de 5 a 10 participantes. El ejercicio principal del grupo es el ensayo conductual. Cuando un miembro presenta al grupo algún problema, se le pide que juegue el papel de su respuesta típica, misma que de manera amistosa y sin enjuiciamientos evalúan los demás miembros del grupo. Se espera que cada miembro asuma alguna responsabilidad para el entrenamiento de sus compañeros, además del apoyo del terapeuta (Rimm y Masters, 1986)

Las adolescentes embarazadas suelen ser, en muchas ocasiones, sujetos de burla, desprecio y críticas por parte de aquellos que reprueban su conducta y el hecho que ahora están embarazadas. Esta situación las lleva a reaccionar inadecuadamente, es decir, en forma agresiva, grosera o retrayéndose socialmente. Siendo apáticas antes las pocas actividades que pueden realizar como asistir a la escuela, participar de las charlas o controles médicos. Estas conductas son reflejo de su inmadurez. Además, del hecho que no cuentan

con los recursos para manifestar sus insatisfacciones y responder al estrés generado por su nueva condición de adolescente embarazada por primera vez

Corey, (1995) señala que el entrenamiento asertivo es útil para aquellas personas que no pueden pedir a otros lo que desean, que son incapaces de negarse a las demandas inadecuadas, que presentan dificultades para expresar sentimientos de amor, gratitud y aprobación; así como sentimientos de irritación, enfado, y desacuerdo, y que sienten que carecen del derecho a tener sus propios sentimientos y pensamientos

5. Tareas de auto-ayuda:

Conocidas también como tareas para el hogar, son un elemento habitual en la terapia Cognitiva. Estas tareas son el corazón del proceso terapéutico y representan la profundización de lo descubierto en la evaluación y discusión de las creencias irracionales para lograr un cambio real y perdurable (Camerini, 2005)

El propósito específico de las tareas de auto-ayuda es

- Cambiar una conducta disfuncional
- Reducir los pensamientos perturbadores por otros más útiles
- Vencer temores e inhibiciones, mejorando la auto-confianza
- Generar un hábito de afrontamiento de las situaciones que le permita una respuesta emotiva y conductual funcional
- Perfeccionar y consolidar mediante la práctica las nuevas conductas.

Los resultados de estudios controlados indican que los intentos de modificar los pensamientos erróneos sólo mediante el análisis de la racionalidad y la reestructuración cognitiva logran, a lo sumo, débiles e inconsistentes cambios en la conducta (Mahoney, 1974 en Camerini, 2005). Si las aplicaciones clínicas de esos abordajes producen mejores resultados, ello probablemente se debe más a las tareas correctivas asignadas de comportarse en forma diferente que a las exhortaciones a pensar mejor. Las mejoras en el funcionamiento conductual producen cambios cognitivos (Bandura, 1977. p. 190 en: Camerini, 2005)

6. Ejercicios de relajación:

La relajación es una de las principales estrategias de intervención, llamada en ocasiones “la aspirina de la medicina conductual”. En la actualidad es difícil encontrar a un terapeuta que no conozca y aplique en sus programas alguna de las diferentes variantes de relajación, las cuales van dirigidas a reducir la ansiedad, no sólo desde la perspectiva fisiológica, sino también en las áreas afectiva y cognitiva (Reynoso y Seligson, 2005)

Estos ejercicios pueden utilizarse cuando la persona se encuentra bajo gran presión, estrés y ansiedad, con la intención de reducir los síntomas que ocasionan las conductas o emociones desadaptativas.

La relajación es utilizada frecuentemente y se indica su realización cotidianamente

7. Uso del Humor:

El humor conlleva beneficios emocionales que favorecen el cambio de conducta. De esta manera Ellis (1993) en: Corey (1995), cree que las personas se comportan de forma excesivamente seria y como una forma de combatir el tipo de pensamiento exagerado que ocasionan los problemas en las personas, emplea el humor

El humor enseña a las personas no sólo a reírse de sí mismas, sino de sus pensamientos perturbadores, mostrándoles lo absurdo y contradictorio de estos pensamientos.

La introducción del humor puede ocasionar problemas, pero una vez establecida la confianza los miembros del grupo estarán más dispuestos a percibir la ridiculez de algunas de sus formas de pensar y pueden disfrutar riéndose de sí mismos.

Un ejemplo de aplicación del humor consiste en hacer que los miembros del grupo canten las canciones cómicas, como aquellas publicadas por Ellis en su cancionero A Garland of Rational Songs (1977). Algunos pacientes sienten mejoría al cantar para sí estas canciones cuando experimentan ansiedad o depresión (Corey, 1995)

D. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPO

La terapia de grupo persigue objetivos preventivos y curativos. La terapia de grupo se orienta hacia el crecimiento siendo su centro de atención el descubrimiento de los recursos internos de los miembros (Corey, 1995)

El grupo implica un proceso interpersonal que potencia los pensamientos, sentimientos y conductas conscientes. Los participantes generan la sensación de pertenencia y mediante la cohesión que se produce, aprenden formas de comportarse íntimamente y en esta atmósfera protectora los miembros pueden experimentar conductas alternativas, poner en práctica estas conductas, recibir el ánimo y las sugerencias para aplicar sus aprendizajes en el mundo exterior (Corey, 1995)

La terapia cognitivo-conductual dirigida a grupos puede proporcionar un consenso sobre lo que es apropiadamente asertivo en una situación dada. Puede suministrar varios modelos, así como un variado grupo de personas para los ejercicios dentro de la misma terapia, pudiendo también proporcionar reforzamiento social masivo para lograr mejores actuaciones (pensamientos más adecuados y realistas, sentimientos y conductas) en cualquier situación en que la persona se encuentre.

Esta terapia pretende facilitar la estimulación del grupo para ayudarse mutuamente a pensar y a comportarse más adaptativamente (Barrios, 2005)

Ellis citado por Matteus (2005), considera que las metas de un grupo de terapia racional emotiva de la conducta consisten en enseñar a los pacientes a modificar sus emociones y conductas disfuncionales por otras más apropiadas y a manejar cualquier otro acontecimiento desafortunado que pueda producirse en sus vidas y que dicha perspectiva puede ser utilizada por cualquier terapeuta que desarrolle un programa de terapia grupal, incluso si posee una corriente terapéutica diferente a la cognitiva-conductual

Según Ellis (1997) en: Camerini (2005), la terapia con grupos tiene las siguientes ventajas

- Varios miembros de un grupo son más eficaces para hacerle ver a un paciente sus actitudes que sólo un terapeuta
- En un grupo se crean condiciones más favorables para cuestionar las distorsiones cognitivas o creencias irracionales y cuando varios dicen lo mismo desde diferentes puntos de vista, le producen mayor impacto al paciente
- Las asignaciones de las tareas de auto-ayuda son más eficaces porque pueden estimular al paciente cuando le son presentadas en grupo
- Ciertos recursos como entrenamiento en asertividad, role playing, y el ensayo de conductas en general, son más eficaces si se practican en grupo
- Cuando los participantes escuchan los problemas de otros y lo que hacen para superarlos, muchos se sienten más animados para trabajar

- En el grupo, los pacientes ven que no son los únicos con problemas y aprenden a no autocondenarse
- Debido a la mayor duración de las sesiones de grupo con respecto a las individuales tienden a ser más eficaces
- Puede ser especialmente útil para personas más rígidas, herméticas o con dificultad para abandonar hábitos perturbados de conducta

E. TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL Y ANSIEDAD:

Desde el modelo cognitivo conductual sostenemos que una modificación de las interpretaciones subjetivas o creencias de la persona causa la modificación de sus emociones, de las correspondientes respuestas fisiológicas y ayuda al cambio de las conductas elusivas (Camerini, 2005).

La ansiedad puede ser entendida como un temor apropiado a los peligros o como una inquietud que activa nuestro estado de alerta ante situaciones o desafíos presentes o previsibles en el futuro, y es una parte inevitable de la vida en la sociedad actual (Camerini, 2005). Si la ansiedad es parte de la vida cotidiana entonces, la ansiedad que nos preocupa sería aquella que surge como respuesta a un peligro indefinido, distante o incluso ignorado; que nos puede llevar a sentir miedo de perder el control de nosotros mismos o de una situación, o sentir vagamente que puede suceder algo malo.

La ansiedad es a la vez una reacción fisiológica, conductual y psicológica. A nivel fisiológico, la ansiedad puede incluir ahogo, sequedad, mareos, opresión

del pecho Norbeck (1968), descubrió que las complicaciones gestacionales, (hipertensión, anemia, y parto prematuro) eran de esperarse en procesos estresantes, mientras que complicaciones neonatales se relacionaban con ansiedad, depresión y baja autoestima. Meyers (1972), demostró una relación indudable entre el estrés psicológico materno, y la asfixia neonatal. Se considera que el estrés materno, deteriora la circulación de la sangre al útero

El estrés psicosocial severo, libera catecolaminas tipo adrenalina y noradrenalina, las cuales van a estimular directamente los receptores alfa del útero, aumentando la contractilidad uterina

El estrés es causa predisponente del parto pretérmino. La presencia de ansiedad materna durante el embarazo, se asociaría al aumento del índice de resistencia de la arteria uterina, y al eventual desarrollo de patología en la expulsión del bebé al momento del parto (Gonzalez, Olivia 2008).

A nivel conductual, puede sabotear la capacidad de acción, la expresión o la capacidad para lidiar con situaciones cotidianas y limitar nuestras actividades.

El estrés psicosocial puede afectar la conducta de la gestante quien demora su atención prenatal, o interfiriendo con su capacidad para asumir la educación en salud y su autocuidado durante el embarazo

Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad es un estado subjetivo de aprehensión e intranquilidad, que en casos extremos puede llevar a la persona a tener miedo de enloquecer o morir

De esta manera que Beck, citado por Camerini (2005), expresa que desde la perspectiva de la terapia cognitiva la ansiedad se caracteriza por los siguientes parámetros de la tríada cognitiva

- visión del futuro como incierto
- visión del entorno como peligroso
- visión de uno mismo como carente de capacidad o recursos para superar esos peligros

CAPITULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Se reduce el estrés y la ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas utilizando un tratamiento cognitivo-conductual?

B. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra sociedad está confrontando diversos problemas en la actualidad. Uno de ellos es el creciente número de embarazos en las adolescentes, lo cual crea toda una problemática que se pone de manifiesto en las repercusiones que trae para la futura madre, su hijo y el padre adolescente. Y que además, ocasiona una situación de estrés y ansiedad en la adolescente y en la familia de ambos progenitores.

Por tal motivo, el embarazo es una de las dificultades más grandes que puede enfrentar la adolescente. Debido a su inmadurez física, emocional, psicológica y económica no está preparada para asumir la responsabilidad que acarrea traer al mundo una nueva vida.

Es conocido que el vínculo madre-hijo, no se inicia fisiológica o psicológicamente con el nacimiento, sino que cuando se confirma el embarazo, se producen una serie de cambios tanto en el cuerpo de la gestante como en su expectativa de función personal. Situación ésta, que representa un reto para cualquier embarazada y mucho más si se trata de una adolescente que no lo estaba esperando. Esta condición implica enfrentarse a una nueva etapa en su vida y adaptarse a dichos cambios.

Durante el embarazo, la situación más estresante es el mismo embarazo, y esta experiencia es distinta si se trata de una mujer que ya ha tenido otros hijos, si es una mujer adolescente o añosa, si está soltera o casada. Además, se observan diferencias interesantes si se considera el grupo socio-económico al que pertenece o si el embarazo es planeado, y el niño deseado.

El estrés del embarazo, puede generar ansiedad, la cual es distinta dependiendo del trimestre de gestación en que se encuentre la mujer. Así, cada trimestre de gestación tiene sus propias características psicosociales. El primer trimestre, implica la concientización de sentimientos de temor, alegría, adopción de conductas de control (tal vez inicio de controles prenatales). El segundo trimestre, el bebé da señales de vida y la mujer debe empezar a incorporar afectivamente a su hijo como parte de sí misma. Y durante el tercer trimestre, la madre debe prepararse para el parto, para la llegada del bebé, donde pueden surgir expectativas y temores relacionados con el hecho de saber si será buena madre, sobre el dolor del parto o la idea de morir durante el mismo, entre otros aspectos.

Considerando que se trata de una investigación con adolescentes embarazadas, y en muchos casos la adolescente embarazada llega a perder el apoyo y respeto familiar, así como el de sus amistades, no es difícil observar que la adolescente tienda a confrontar dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido y salud. En algunos casos extremos, esta falta de apoyo puede inducir a la adolescente a intentos de suicidio o practicarse abortos, los cuales conllevan serias implicaciones médico-legales para la misma.

La adolescente embarazada desprovista de apoyo, requiere de ayuda que la prepare para enfrentarse a los conflictos que se le puedan presentar, de tal manera que pueda superarlos e integrarse a la sociedad como persona con una nueva responsabilidad que merece nuestro respeto.

Es por esto, que el apoyo psicosocial es indispensable ya que se ofrece como una forma de ayudar a manejar la crisis por la cual atraviesan las embarazadas y lograr su adaptación a esta nueva situación

Por mencionar algunos países, tenemos que Jamaica, Estados Unidos con su programa San Diego Adolescent Pregnancy and Parenting program (SANDAPP), así como en Panamá (APLAFA), el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, realizan esfuerzos para proporcionar a la adolescente embarazada y madres adolescentes atención y orientación en aspectos educativos, vocacionales, de salud, económicos y psicológicos necesarios, para que el embarazo se desarrolle lo mejor posible

Con esto, observamos la importancia de implementar un programa de apoyo Psicosocial, práctico, sencillo que esté a disposición de un mayor número de adolescentes embarazadas, el cual contemple aspectos relacionados con el parto, nutrición, lactancia, cuidado del recién nacido; así como otros temas que aumenten los conocimientos y la confianza de la adolescente en sí misma para disminuir el estrés y ansiedad ocasionados por estar embarazada por primera vez

Nos surgen entonces algunas preguntas con relación al programa que se llevará a cabo

¿Contribuirá el programa de Apoyo Psicosocial que pretendemos instaurar a aumentar el conocimiento que tienen las adolescentes embarazadas sobre el embarazo, parto, cuidado del recién nacido, entre otros?

¿Contribuirá el programa de Apoyo Psicosocial a que las adolescentes aprendan a manejar el estrés y disminuir la ansiedad resultante de estar embarazadas por primera vez?

C. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1. Objetivos Generales:

- Implementar el programa de Apoyo Psicosocial con enfoque cognitivo conductual en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas
- Evaluar la efectividad del programa de Apoyo Psicosocial con enfoque cognitivo conductual en un grupo de adolescentes embarazadas primigestas

2. Objetivos Específicos:

- Determinar la presencia de estrés y ansiedad en las adolescentes embarazadas primigestas

- Probar si existen diferencias o disminuyen los niveles de estrés luego de implementar el programa de apoyo Psicosocial con enfoque Cognitivo Conductual
- Evaluar si existen diferencias o disminuyen los niveles de ansiedad luego de implementar el programa de apoyo Psicosocial con enfoque Cognitivo Conductual
- Realizar un análisis estadístico de los resultados en la pre-prueba y post-prueba para establecer consideraciones y recomendaciones finales en torno al procedimiento general de investigación.

D. MUESTRA:

La muestra fue seleccionada después de asistir una semana al centro Virgen del Carmen en Cerro Cocobolo al que asisten las adolescentes embarazadas y donde se realizaron las investigaciones, consultando a la Psiquiatra encargada del centro y del proyecto. Posteriormente, seleccionamos a las adolescentes embarazadas de manera intencional ya que debían reunir los criterios exigidos para esta investigación. No pudimos realizar una selección al azar toda vez que al centro también asisten adolescentes embarazadas que consumen drogas y otras que han sido víctimas de abuso sexual

Finalmente, la muestra quedó formada por 10 adolescentes embarazadas, cuyas edades fluctuaban entre los 14 y 16 años. El plan inicial era obtener una muestra que estuviera compuesta por 20 adolescentes embarazadas

Este número disminuyó debido a que fue difícil que las jóvenes aceptaran participar en el programa

1. Criterios de inclusión:

Las adolescentes que participaron del estudio eran primigestas La escolaridad oscilaba entre sexto grado y tercer año de secundaria, 2 de las 10 adolescentes habían terminado el tercer año de secundaria No se observó retraso mental en las adolescentes, las adolescentes no poseían antecedentes ginecobstétricos de aborto, ni psiquiátricos. La mayoría tenía entre 6 meses y medio a siete meses de embarazo

E. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

1 Estudio explicativo

El interés de este tipo de estudio se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas (Hernández Sampieri y otros, 1985, p.66)

Permite evaluar si un tratamiento es efectivo o no y por qué se atribuye un cambio principalmente al tratamiento.

2. Diseño de antes y después con un solo grupo

Grupo	Observación previa	tratamiento	Observación posterior
1	W	X	Y

1 = es el grupo que se va a someter al tratamiento

W = es la observación previa del grupo (antes del tratamiento)

X = es el tratamiento o variable independiente

Y = es la observación posterior del grupo (después del tratamiento)

Un diseño de tipo “antes y después” con un solo grupo consiste en observar a los sujetos en algún momento previo al inicio de la condición experimental (W) y comparar su ejecución con una observación similar registrada durante o después del tratamiento (Y), (Matheson y otros, 1985, p.128)

A través de este diseño, se puede observar si el tratamiento ocasionó cambio en los sujetos, ya que permite comparar las mediciones antes y después de dicho tratamiento.

Este diseño de investigación presenta las siguientes ventajas

- En ausencia de un efecto de tratamiento, la diferencia entre las puntuaciones previa y posterior debe ser mínima
- Por ser los sujetos sus propios controles, no hace falta reclutar más sujetos para formar un grupo control

- Es apropiado para los experimentadores que tienen constante acceso a los sujetos para su observación

No obstante, este tipo de diseño tiene algunas limitaciones que son convenientes señalar

- Deja sin controlar un gran número de variables secundanas, de manera que cualquier factor externo que intervenga puede explicar una diferencia observada
- Si el tiempo transcurrido entre dos observaciones es de más de unos cuantos días, los procesos de aprendizaje y maduración pueden modificar la conducta.
- Son particularmente susceptibles de contaminación ambiental

Cabe expresar que a pesar de las limitaciones que nos presenta el diseño de investigación, el mismo es útil si los resultados son manejados con cautela y se supervisa personalmente la aplicación del tratamiento. Además, se puede conocer a través de los sujetos que participaron en el estudio si el tratamiento fue efectivo o no.

3. Evaluación de resultados:

Para analizar los puntajes obtenidos en la investigación realizaremos una descripción de todas las sesiones y actividades programadas, luego se analizarán los resultados obtenidos de las evaluaciones pre-prueba y post-

prueba, utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos con signos de pares ajustados para diferencias con el fin de determinar la efectividad del tratamiento; ya que de acuerdo con Mason y Lind (1980) en Matteus (2005), puede ser usada en experimentos de antes y después y en estudios con ausencia de grupo control, donde cada sujeto actúa bajo su propio control

F. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

1. Hipótesis conceptual:

- ❖ Las adolescentes embarazadas primigestas manejarán el estrés y se reducirán los síntomas de ansiedad después de haber recibido el programa de Apoyo Psicosocial

2. Hipótesis Operacional

- Los puntajes obtenidos en la prueba de ansiedad serán menores al finalizar el tratamiento de Apoyo Psicosocial, que al inicio del mismo
- El estrés será menor al finalizar el tratamiento de Apoyo Psicosocial, que al inicio del mismo Medido a través los criterios de evaluación Clínica del DSM-IV
- Los puntajes obtenidos en el cuestionario de conocimientos generales serán mayores al finalizar el tratamiento, que consiste en un Programa de Apoyo Psicosocial, que al inicio del mismo.

3. Hipótesis de trabajo:

- Los síntomas de estrés observados en las adolescentes embarazadas, serán menores después del tratamiento, considerando los criterios clínicos del DSM-IV
- Los síntomas de ansiedad observados en las adolescentes embarazadas, serán menores después del tratamiento

4. Hipótesis nula:

- Los síntomas de estrés observados en las adolescentes embarazadas serán iguales o mayores que al inicio del tratamiento
- Los síntomas de ansiedad observados en las adolescentes embarazadas serán iguales o mayores que al inicio del tratamiento

G. CRITERIO DE DECISION:

Se rechaza la Hipótesis nula y se sustenta la Hipótesis alterna La probabilidad asociada al estadístico de prueba es menor a 0.05 (nivel de significancia o alfa)

H. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

1. IDARE (Mide Ansiedad Estado/Rasgo)

El inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en Español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory) constituido por dos escalas separadas de

autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad 1 La llamada Ansiedad-rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos

La escala de ansiedad consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos A-estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión

Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha sido utilizado en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo sirve para identificar estudiantes y profesionales propensos a la ansiedad, y para

evaluar el grado hasta el cual los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por personas en orientación, psicoterapia, terapia del comportamiento o en salas psiquiátricas. Puede utilizarse también para medir cambios en la intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión. Los puntajes obtenidos arriba de cincuenta indican ansiedad.

2. CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta)

La CMAS-R se diseñó de manera específica para aplicarse en forma grupal a niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Con un nivel de lectura aproximado a tercer grado. Es particularmente útil en una situación de exploración y se recomienda su uso de manera individual para niños con problemas de lectura y otras discapacidades.

La CMAS-R, consta de cinco puntuaciones. La puntuación de ansiedad total se basa en 18 reactivos de ansiedad. También están divididos en tres subescalas de ansiedad: Ansiedad fisiológica, Inquietud/Hipersensibilidad y Preocupaciones sociales/concentración. Los nueve reactivos restantes son parte de la subescala de Mentira.

Las tres puntuaciones subescalares de ansiedad (fisiológica, inquietud y preocupaciones sociales) representan diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad en el individuo.

Ansiedad Fisiológica. se asocia con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea, fatiga

Inquietud/Hipersensibilidad. está asociada con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos a ser lastimado o aislado en forma emocional.

Preocupaciones sociales/Concentración implica pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades de concentración y la atención

Mentira subescala diseñada para detectar conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas

3. **DSM-IV:**

Para evaluar el estrés en las adolescentes embarazadas se utilizaron los criterios clínicos del DSM-IV, específicamente para medir la presencia de Estrés Agudo, Estrés post-Traumático y Trastorno de Adaptación

4. Cuestionario de Conocimientos Generales

Incluye preguntas que permiten conocer la información que tienen las adolescentes embarazadas sobre reproducción, anticoncepción, embarazo, lactancia, parto, cuidado del recién nacido, maltrato al menor, violencia doméstica

I. VARIABLES

1. Variable dependiente:

- **Ansiedad:** estado emocional que genera una sensación desagradable y está constituida por dos elementos la espera de un acontecimiento impreciso que presenta carácter de peligro y como un fenómeno físico, objetivo y percibido así para la persona, que se expresa a través de síntomas somáticos. También puede considerarse como un sentimiento de aprensión o de tensión ante situaciones de estrés (Feldman, 2002)
- **Estrés:** Lazarus y Folkman (1977) en: Reynoso y Seligson (2005), expresan que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que una persona posee o que incluso los exceden, o bien, son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato

Mainieri (2000), explica que el estrés no es más que la falta de capacidad del individuo de adaptarse a una situación (el estresante) ante la cual

no cuenta con suficientes recursos o no se siente seguro de tener los suficientes recursos para afrontar

2. Variable independiente:

▪ Programa de Apoyo Psicosocial: Un Abordaje Cognitivo-Conductual

La terapia Cognitivo Conductual, de acuerdo a Beck y otros (2003) es un procedimiento terapéutico activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se usa para atender distintos trastornos clínicos como la depresión, fobias, ansiedad y otros. Se fundamenta en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma como la persona estructura el mundo. Se enfoca en la identificación y modificación de pensamientos, sentimientos y conductas actuales en el paciente. Básicamente, el objetivo de la terapia es lograr a través de las técnicas cognitivo conductuales la reconstrucción de creencias irracionales, de modo que éstas ejerzan control en los sentimientos y conducta posterior.

El Programa de Apoyo Psicosocial es un programa elaborado para esta intervención terapéutica con adolescentes embarazadas utilizando un abordaje cognitivo conductual que consta de cuatro módulos los cuales contemplan seis áreas específicas que se incluirán en las quince (15) sesiones del tratamiento Cognitivo conductual.

Las áreas que se utilizarán para este programa serán los siguientes menstruación, fecundación y embarazo, parto, lactancia materna, precauciones maternas e información complementaria.

A continuación mencionamos las áreas que incluye el Programa de Apoyo Psicosocial

- **Aspectos biológicos de la Reproducción Humana:** comprende aparato reproductor femenino y masculino, menstruación, fecundación, embarazo, cambios físicos en la madre y el feto (desarrollo prenatal), introducción a la preparación psicológica para el parto.
- **Parto:** incluye tipos de parto, etapas del parto, parto psicoprofiláctico (película), preparativos para ir al hospital de maternidad
- **Lactancia materna:** corresponde a lactancia, amamantamiento vs preparaciones con fórmulas
- **Precauciones maternas.** enfermedades sexualmente transmisibles, uso indebido de drogas y bebidas alcohólicas, enfermedades contagiosas (sarampión, paperas, otras)
- **Control médico Postnatal,** incluye la importancia de los controles postnatales para la madre y el bebé, vacunas, dentición, enfermedades comunes en los bebés, niños de alto riesgo, estimulación del recién nacido, complemento de la alimentación láctea, planificación familiar,

paternidad responsable, alternativas para ejercer la sexualidad, métodos anticonceptivos

- **Información Complementaria**, comprende maltrato infantil, violencia doméstica, derechos del niño y la niña, orientación vocacional

Todas las sesiones tendrán una duración de dos horas y treinta minutos (2 horas y 30 minutos), divididas en dos fases. La primera fase, para trabajar la dinámica del grupo y revisar la tarea, y la segunda fase para explicar el tema del día y aplicar las técnicas aprendidas (reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales), dependiendo del módulo en que nos encontremos. Cada sesión se finalizará con ejercicios de relajación y de preparación para el parto psicoprofiláctico

Como explicamos en puntos anteriores las sesiones se llevarán a cabo en el centro Virgen del Carmen ubicado en Cerro Cocobolo, es un centro de apoyo particular dirigido por un médico psiquiatra y una trabajadora social, que de forma voluntaria y gratuita ofrecen apoyo a las adolescentes embarazadas que deseen asistir al mismo.

Este Centro cuenta con espacio suficiente para trabajar con las adolescentes, está ventilado, tiene buena iluminación; de manera que las tareas, los ejercicios de relajación así como los de preparación para el parto pueden efectuarse adecuadamente.

No se observó en las adolescentes embarazadas presencia de estrés agudo ni estrés postraumático. Aunque, sí manifestaciones propias de un cuadro cónsono con trastorno adaptativo y este diagnóstico de trastorno adaptativo es el que más se apega a la definición de estrés, de acuerdo a lo que se consideró en este trabajo. Según Lazarus y Folkman (1977) en Reynoso y Seligson (2005), señalan que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que una persona posee o que incluso los exceden, o bien, son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato

J. LIMITACIONES

De acuerdo a los objetivos trazados nos encontramos con aspectos que limitaron nuestro trabajo

- ❖ Por ser un trabajo voluntario las adolescentes no podían participar del estudio, porque no contaban con el dinero para trasladarse al lugar de las charlas
- ❖ Algunas adolescentes con problemas familiares no podían asistir a las sesiones terapéuticas ni a las charlas que ofrecía el centro de salud
- ❖ Hubo adolescentes embarazadas desinteresadas en participar del programa
- ❖ El lugar de las sesiones está ubicado en una zona peligrosa

En este sentido, cabe explicar que el centro está ubicado en el corregimiento Arnulfo Arias específicamente en Cerro Cocobolo

La comunidad que encontramos en este lugar está conformada por grupos de personas que provienen de diferentes áreas como son: Curundú, Santa Ana, Chorrillo, Calidonia, así como del interior del país y de comunidades indígenas

También es frecuente observar los siguientes problemas sociales delincuencia juvenil, prostitución, embarazos en adolescentes, consumo de alcohol y otras drogas y violencia doméstica. Este ambiente se torna más conflictivo debido a las frecuentes disputas entre bandas rivales por dominar el territorio

Los aspectos mencionados anteriormente no facilitaron trabajar con las adolescentes embarazadas. Sin embargo, vale la pena el esfuerzo ya que al revisar la literatura pudimos comprobar una y otra vez lo necesario que resulta ofrecer a estas jóvenes un Apoyo Psicosocial con una connotación terapéutica de tipo cognitivo conductual

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación y el análisis de los mismos.

A. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

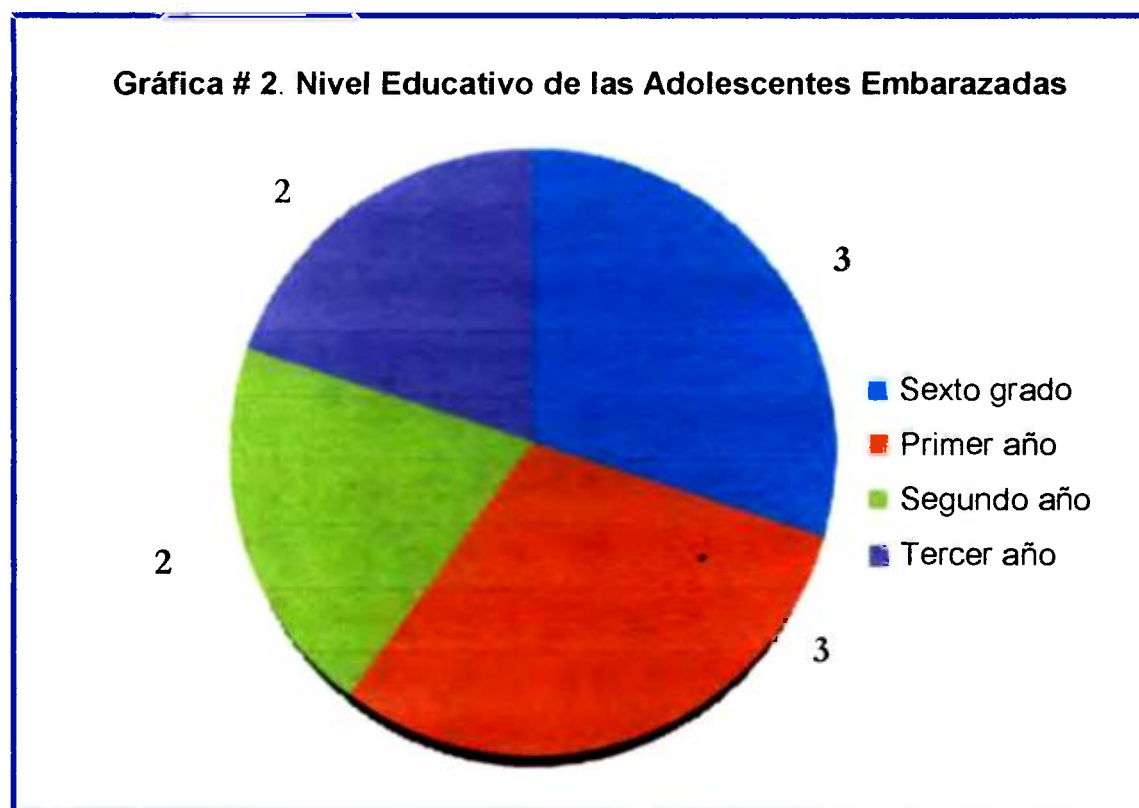
1. Edad



Las edades de las adolescentes que participaron en el estudio oscilaba entre los 14 y 16 años. Cuatro de las adolescentes tienen catorce años, cuatro tienen quince años y dos cuentan con dieciséis años.

Ninguna adolescente es menor de 14 años. La muestra estuvo formada por diez adolescentes.

2. Nivel educativo



En la gráfica que presentamos a continuación, observamos el nivel educativo de las adolescentes que participaron en el programa.

La gráfica muestra que el nivel educativo oscilaba entre sexto grado hasta tercer año de secundaria. Tres adolescentes habían finalizado sexto grado, tres primer año, dos segundo año y dos tercer año.

3. Estado Civil de las Adolescentes

Dentro del grupo de adolescentes, encontramos que 8 de estas jóvenes estaban solteras y tuvieron su embarazo fuera de una relación de pareja, mientras que solo dos de ellas estaban unidas al momento de embarazarse, pero poco después que los compañeros supieron del embarazo, se separaron. En el momento del estudio también se encontraban solas.

Un aspecto importante es que la edad de los padres de los bebés oscilaba entre 17 y 25 años. La edad que más predominó fue de 21 años. De las 10 adolescentes, 8 mantuvieron relaciones sexuales con hombres mayores de 18 años y solo 2 de ellas con otro adolescente.

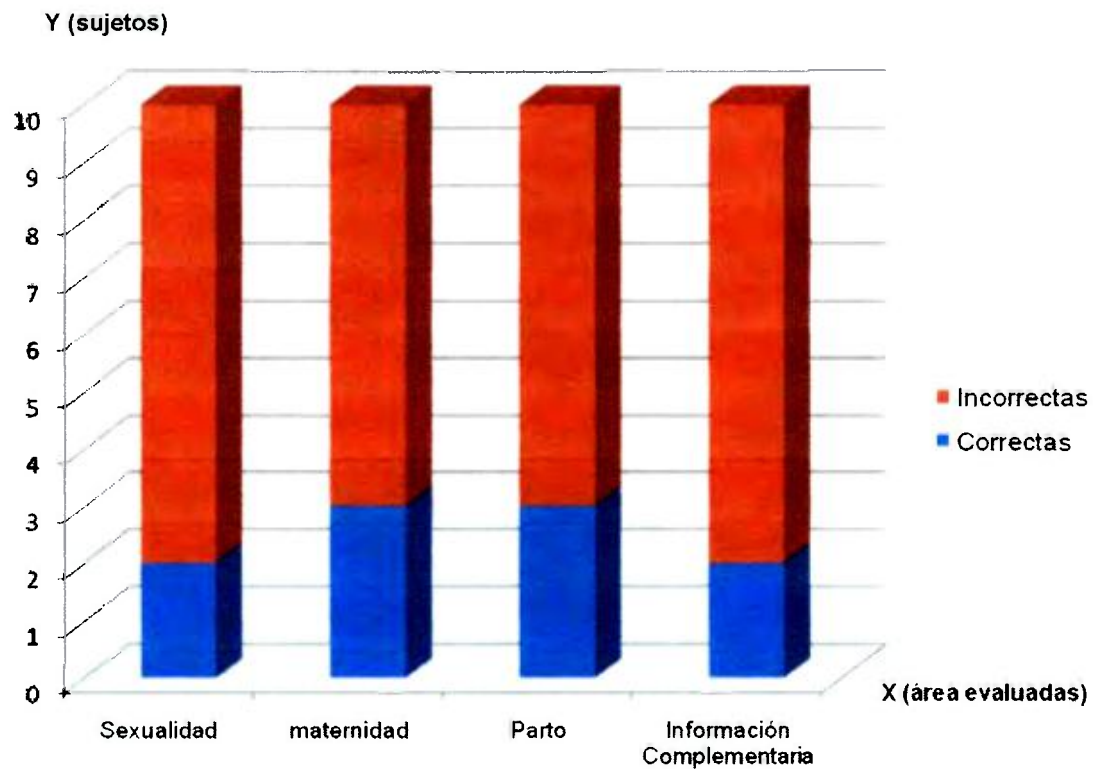
4. Reacción de la Familia al Conocer Sobre el Embarazo

Durante la entrevista, 6 de las adolescentes manifestaron que sus familiares estaban enojados, incluso una de ellas expuso que su madre la había golpeado. El resto de las adolescentes (4), comentaron que sus parientes lo aceptaron, aunque no de buena gana. Con relación a la familia de las adolescentes, podemos señalar que cuatro de las adolescentes contaban con ambos progenitores, tres tenían el apoyo de la madre solamente y tres adolescentes vivían con la madre y padrastro.

El nivel económico observado para todas las adolescentes es bajo.

B. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS GENERALES

Gráfica # 3. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Conocimiento Generales en el Pre Test.

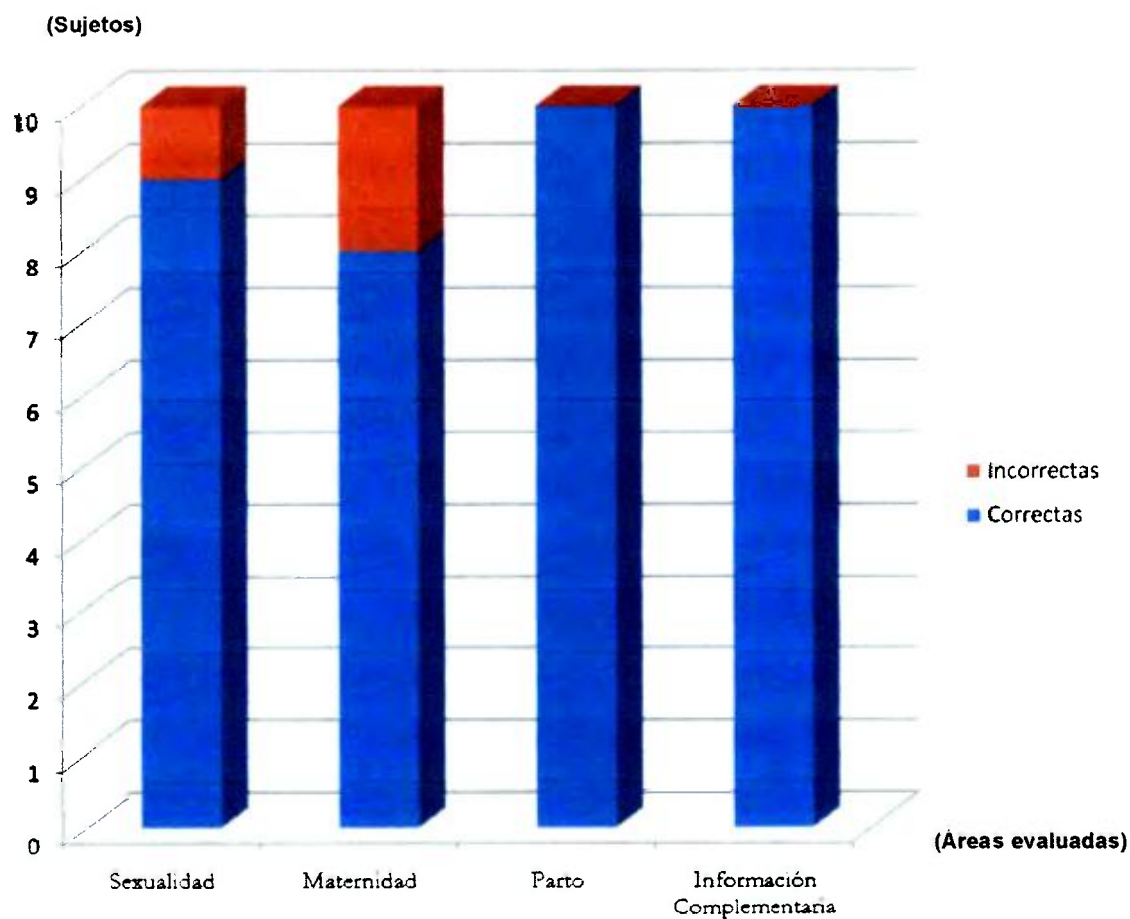


Esta gráfica permite observar el nivel de conocimientos observados en las adolescentes antes del tratamiento.

El color azul, representa el número de adolescentes que respondieron correctamente y el rojo las adolescentes que respondieron de manera incorrecta, las preguntas contenidas dentro de las áreas evaluadas en el Cuestionario de Conocimientos Generales.

Vemos que solo dos de las jóvenes respondieron adecuadamente a las preguntas dentro del área de Sexualidad, tres en el área de Maternidad, tres para Recién Nacido y dos dentro del área de Información complementaria

Gráfica # 4. Comparación del grupo según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Conocimiento Generales en el Post Test.



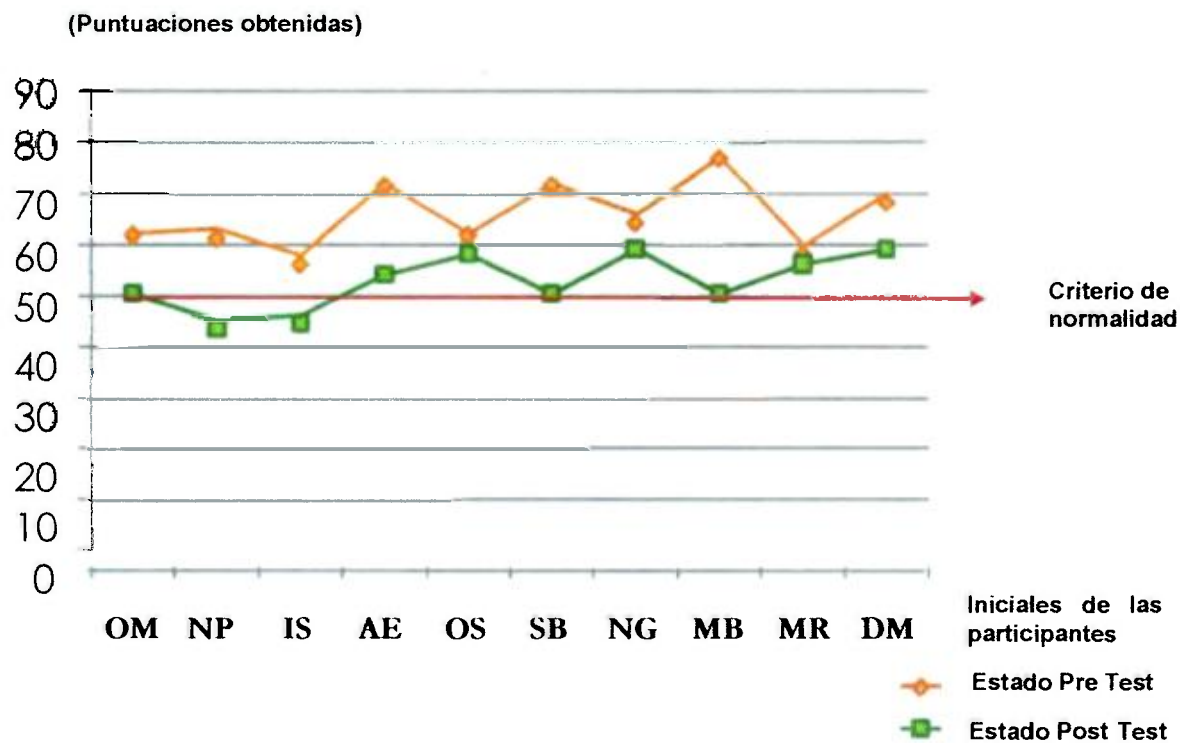
En esta gráfica observamos el nivel de conocimientos observados en las adolescentes después del tratamiento.

El color azul, representa el número de adolescentes que respondieron correctamente y el rojo las adolescentes que respondieron de manera incorrecta, las preguntas contenidas dentro de las áreas evaluadas en el Cuestionario de Conocimientos Generales.

Observamos que nueve de las jóvenes respondieron adecuadamente a las preguntas dentro del área de Sexualidad, ocho en el área de Maternidad, y para las áreas de Recién Nacido e Información complementaria, todas las adolescentes respondieron las preguntas

C. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (IDARE)

Gráfica # 5. Comparación del grupo según las puntuaciones de la Dimensión Estado del test IDARE en el Pre Test y Post Test



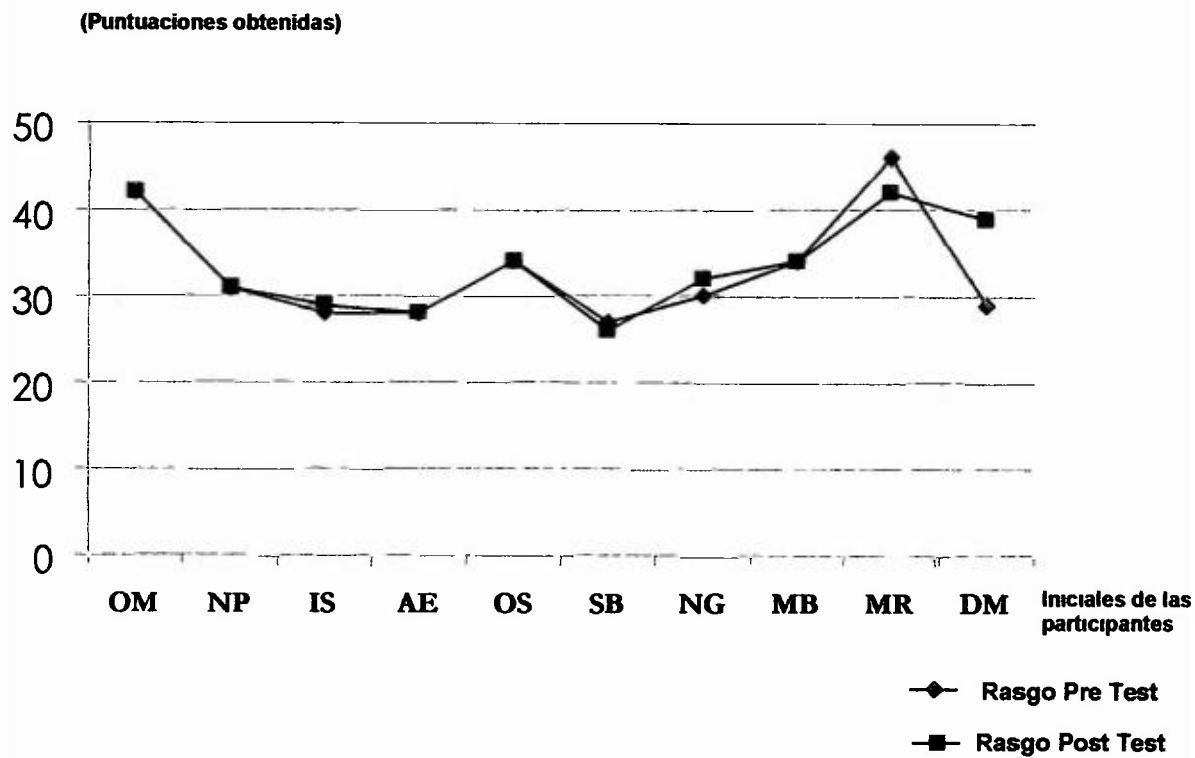
Las puntuaciones de esta dimensión muestran una disminución en el post test. En el pre test las adolescentes presentaban niveles de Ansiedad-Estado elevada (condición o estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos de tensión o aprehensión subjetivos conscientemente percibidos) y en el post test las adolescentes, disminuyen esos niveles de ansiedad lo que nos permite suponer que mejoraron con el tratamiento. La media bajó de 66.20 en el pretest a 54.70 en el post test.

La prueba de Wilcoxon indica que existe suficiente evidencia estadística que sugiere que las medias son estadísticamente diferentes antes y después de recibir el tratamiento, lo que indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

Observamos también que, si bien hay diferencias estadísticas, y como grupo se evidencia una disminución en los niveles de ansiedad-estado, sabemos que clínicamente no se alcanza la puntuación considerada criterio de normalidad (Media=50), ya que las adolescentes provienen de hogares disfuncionales, desintegrados. El ambiente que las rodea es hostil, no han completado la escuela, y para agudizar esta crisis están embarazadas. Esta condición empeora su problemática haciendo más difícil la vida para estas jóvenes.

Nota: Criterio de normalidad 50

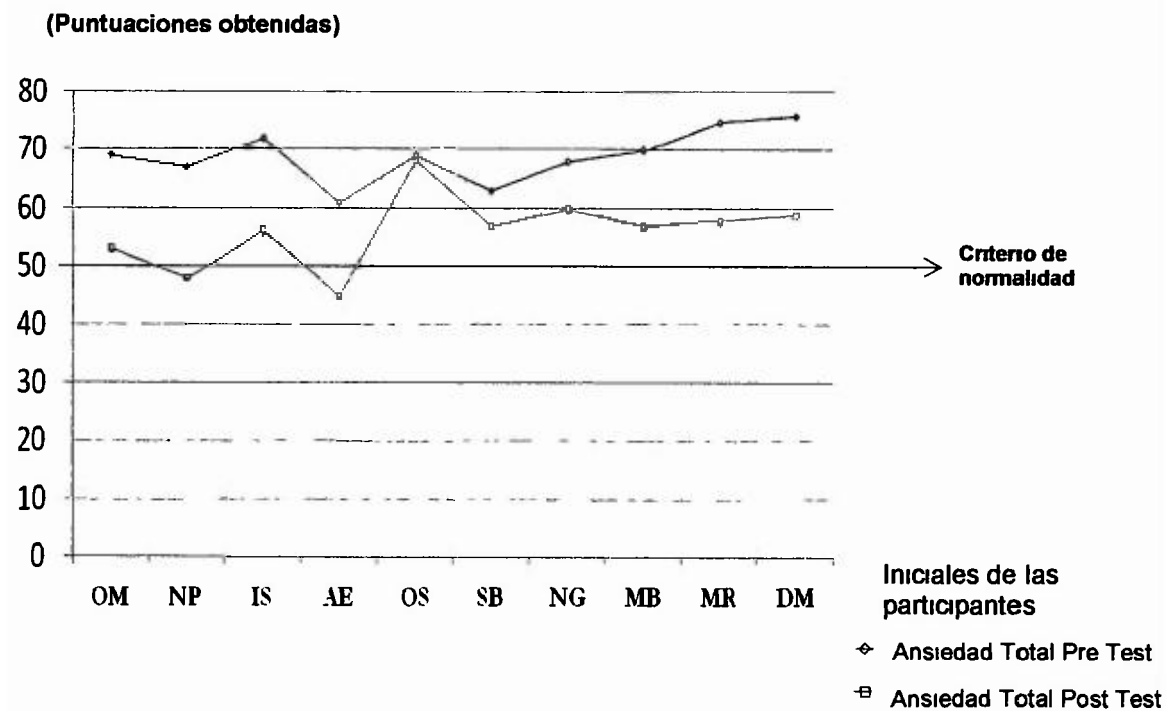
Gráfica # 6. Comparación del grupo según las puntuaciones de la Dimensión Rasgo del test IDARE en el Pre Test y Post Test



Esta gráfica muestra que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones pre test y post test, observadas en la dimensión Ansiedad-Rasgo (característica de personalidad que hace a la persona propensa a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad) Tampoco se esperaban diferencias o cambios en esta dimensión porque se supone que los niveles elevados de ansiedad se atribuyan principalmente al hecho de estar embarazadas siendo menores de edad, con poco apoyo Psicosocial y no a un rasgo de su personalidad

D. RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA (CMAS-R)

Gráfica # 7. Comparación del grupo según las puntuaciones en la Escala de Ansiedad Total del CMAS-R en el Pre Test y Post Test.



Esta gráfica muestra las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en la escala de Ansiedad total del Test CMAS-R

Se observa una disminución de las puntuaciones en el post test con relación al pre test

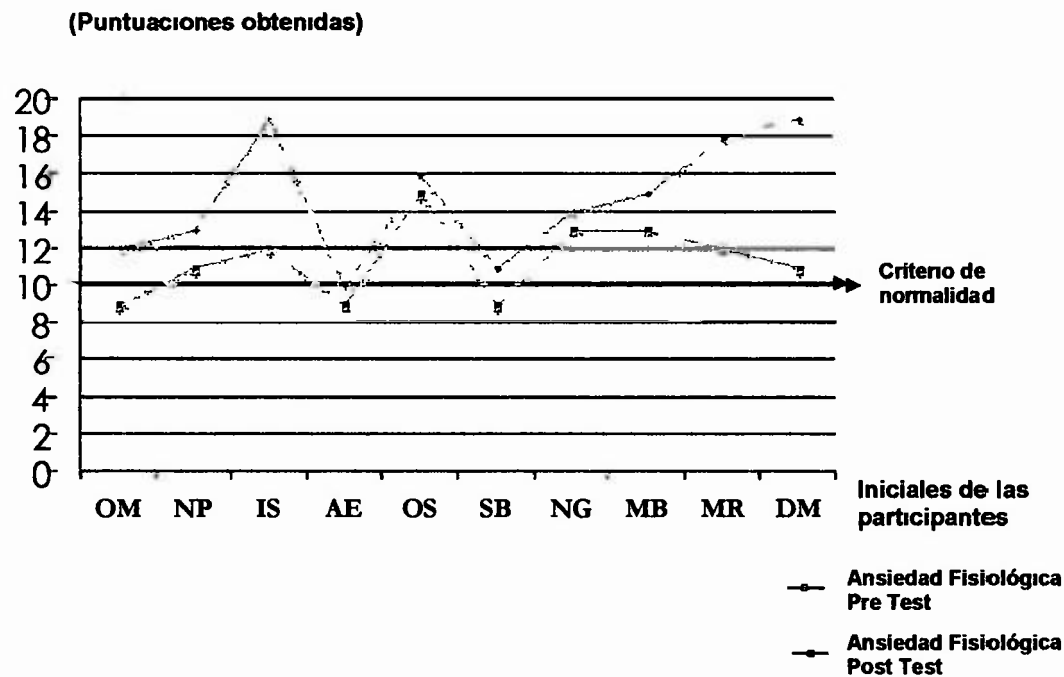
En el pre test la media fue de 69.00 y disminuyó en el post test a 56.10. Esto nos indica que hubo diferencias estadísticamente significativas que permiten concluir que disminuyó el nivel de ansiedad que presentaban las adolescentes antes de recibir el tratamiento.

El criterio de normalidad para esta escala es de 50 y como vemos, no se alcanzó. Esto se explica por el hecho que estas adolescentes no forman parte del grupo común, ya que su embarazo, empeora su condición de vida y no permite que alcancen un nivel de normalidad fácilmente.

La gráfica describe que las adolescentes mejoraron después de recibir el tratamiento, la mayoría se mantuvo cerca de la media, otras por debajo de la media, lo que sugiere que el tratamiento fue más efectivo en estos casos, lo que sustenta que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Nota: Criterio de normalidad 50

**Gráfica #8. Comparación del grupo según las puntuaciones de
Ansiedad Fisiológica del CMAS-R en el Pre Test y Post Test**



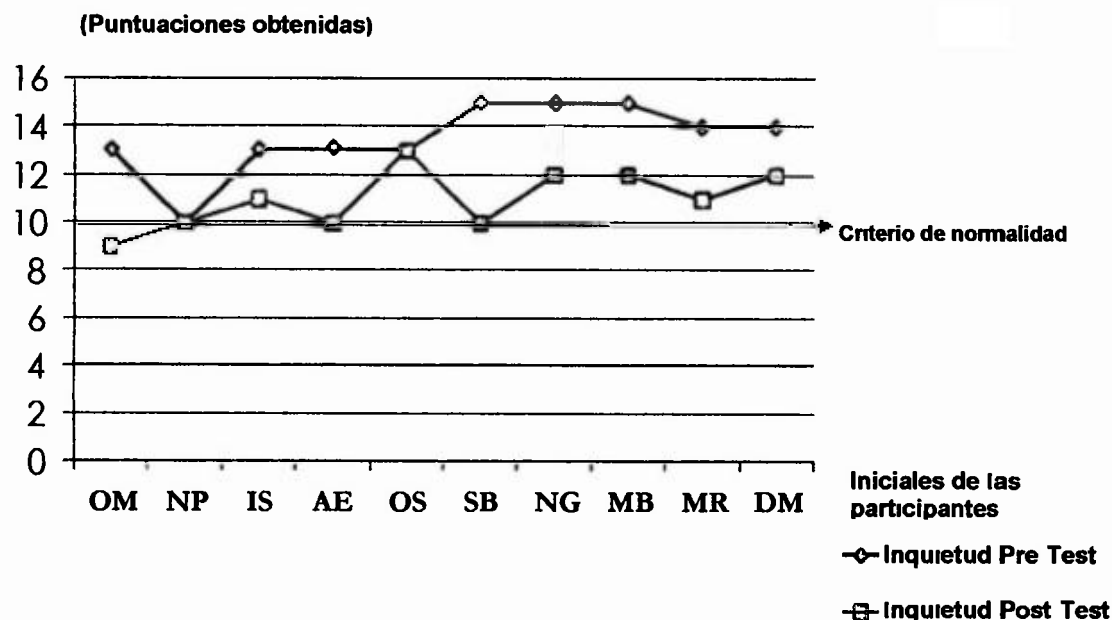
La gráfica nos muestra las puntuaciones obtenidas en la subescala de Ansiedad Fisiológica (dificultad de sueño, temblores, dificultad para respirar, molestias gastrointestinales, escalofríos, hormigueo en alguna parte del cuerpo, debilidad) del test CMAS-R. Se observa diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento.

La media bajó de 14.70 en el pre test a 11.40 en el post test. Estas cifras indican que el tratamiento disminuyó los síntomas que se presentaban antes de recibir el tratamiento

El criterio de normalidad para ésta subescala es de 10, observamos que hay puntuaciones que disminuyen en el post test en comparación con el pre test y tres puntuaciones están por debajo de la media de normalidad, lo que sugiere disminución del síntoma y un efecto positivo del tratamiento en esta área

Nota: Criterio de normalidad 10

**Gráfica # 9. Comparación del grupo según las puntuaciones de
Inquietud /Hipersensibilidad del CMAS-R en el Pre Test y Post Test**



La gráfica presenta las puntuaciones obtenidas en la subescala Inquietud/hipersensibilidad (mide preocupación ante una variedad de cosas y miedo a ser lastimado o aislado en forma emocional) del test CMAS-R.

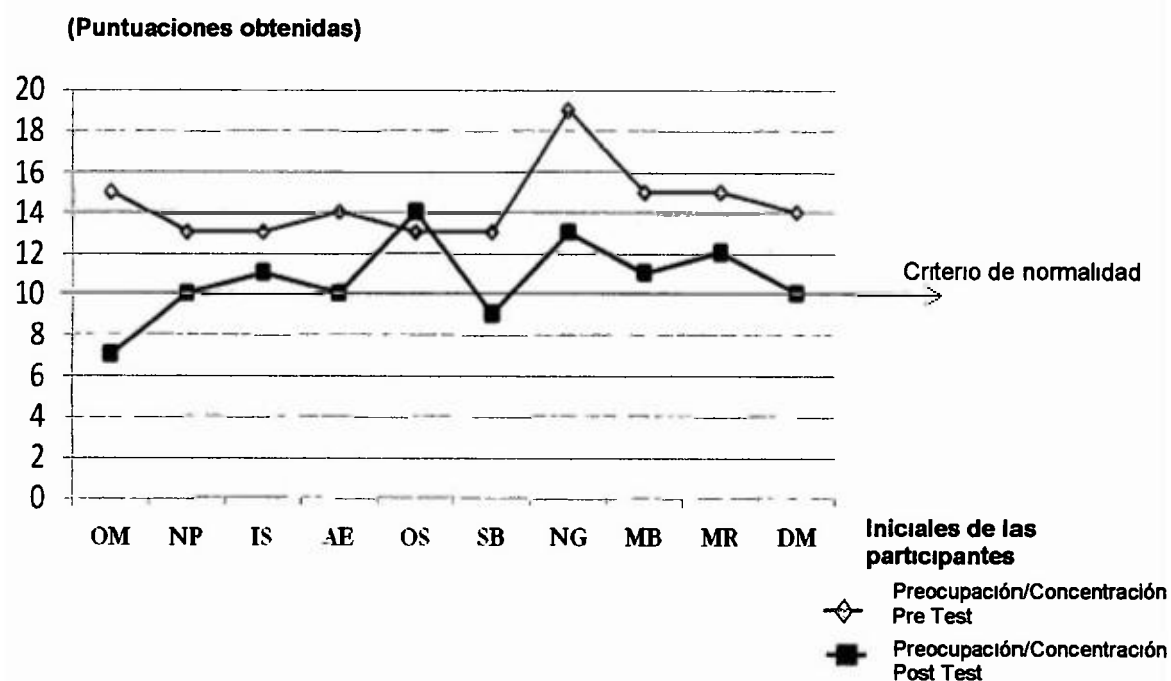
La media bajó de 13.60 en el pretest a 11.00 en el posttest, lo que indica que las medias son significativamente diferentes antes y después del tratamiento

El grupo mejoró después de recibir el tratamiento en relación a sus niveles de ansiedad. En este sentido, observamos que hubo mejoría significativa, sin embargo, no todas las adolescentes alcanzaron el criterio de normalidad esperado para esta subescala, ya que el embarazo y la situación socio-

económica en que viven las adolescentes dificulta que desaparezca totalmente la ansiedad. No obstante lo anterior, se observan cambios importantes y esto muestra la efectividad del tratamiento.

Nota: Criterio de Normalidad 10

Gráfica # 10. Comparación del grupo según las puntuaciones de preocupación / concentración del CMAS-R en el Pre Test y Post Test



Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas en la subescala de Preocupaciones sociales/Concentración (pensamientos distractores, así como ciertos miedos de naturaleza social o interpersonal que dificultan la atención y la concentración).

Las puntuaciones obtenidas en el pretest disminuyeron en el posttest. Así vemos que la media para el pretest era de 14.40 y la misma disminuyó a 10.70 en el posttest.

Dicho cambio resulta significativo y permite suponer que el tratamiento ayudó a manejar los niveles de ansiedad que generaban preocupación y afectaban la concentración

Hay suficiente evidencia estadística que sustenta que las adolescentes mejoraron después de recibir el tratamiento

Nota: Criterio de Normalidad 10

E. CRITERIOS CLINICOS DEL DSM-IV-TR PARA EVALUAR EL ESTRÉS

El estrés como tal se encuentra disperso en una gran cantidad de trastornos descritos en el DSM-IV-TR, en este estudio consideramos que el estrés presente en el Trastorno de Adaptación, es el que más se apega a nuestra definición presentada en capítulos anteriores, ya que al evaluar el Trastorno de Estrés Agudo o Postraumático verificamos que las adolescentes no reunían los criterios clínicos para estos trastornos

Como sabemos el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que una persona posee o que incluso lo exceden, o bien, son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato (Reynoso y Seligson, 2005) Por otro lado, Mainieri (2000) explica que el estrés no es más que la falta de capacidad del individuo de adaptarse a una situación (el estresante) ante la cual no cuenta con suficientes recursos o no se siente seguro de tener los suficientes recursos para afrontar

TRASTORNO de ADAPTACION

Una vez entrevistadas las adolescentes, concluimos que cumplían con los siguientes criterios clínicos para el diagnóstico de este trastorno, antes de iniciar el tratamiento

© CRITERIO A:

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un **estresante identificable** tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante

© CRITERIO B

Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo

1 Malestar mayor al esperable en respuesta al estresante

- Manifestaciones de ansiedad, preocupación, humor depresivo (o una mezcla de todas ellas)
- Sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas
- Incapacidad para afrontar el futuro o de poder continuar con la situación presente
- Cierta grado de deterioro de cómo se lleva a cabo la rutina diaria
- Manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia (antisocial)

2 Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica

© **CRITERIO C**

La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II

© **CRITERIO D**

Los síntomas no responden a una reacción de duelo

© **CRITERIO E**

Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Después de realizar el presente trabajo y conocer los resultados, se deducen algunas conclusiones, que vienen a ser respuestas a la tarea establecida, las cuales se describen a continuación:

1 El tratamiento para las adolescentes embarazadas resulta necesario y es de urgente necesidad en las comunidades. Toda vez que representa una problemática que no sólo recae en la adolescente, su bebé, su familia en general, sino también en la sociedad debido a su creciente número.

2 Se pudo observar que el tratamiento cognitivo conductual en grupo, aplicado en esta investigación, parece haber sido efectivo para que las adolescentes embarazadas que participaron del mismo, manejaran el estrés propio del embarazo y disminuyeran sus niveles de ansiedad, obtuvieran mayor conocimientos en áreas relacionadas con el embarazo, aprendieran a utilizar con mayor frecuencia estilos de afrontamiento (asertividad, por ejemplo). Además, se pudo observar cómo el cambio en la forma que tenían las jóvenes de percibir e interpretar el mundo, contribuyó a crear emociones más positivas, permitiendo un manejo más adecuado del estrés y disminuyendo los niveles de ansiedad experimentados en este momento.

En esta investigación observamos que las adolescentes tenían estrés, ansiedad, dificultad para comunicar sus sentimientos y pensamientos, desconocían

aspectos generales sobre el embarazo y el bebé, así como formas negativas y disfuncionales de ver el mundo o interpretar eventos de la vida cotidiana antes del tratamiento. El tratamiento cognitivo conductual, ofrecido a las adolescentes, hizo hincapié en que las jóvenes lograrían reconocer sus pensamientos disfuncionales, además de proporcionarles las herramientas para poder modificar dichos pensamientos.

En el postest se redujeron los niveles de ansiedad y estrés, se aumentó los pensamientos adaptados eliminando muchos perturbadores como los eran las maximizaciones, generalizaciones, error del adivino, entre otros.

La modificación del pensamiento ayudó a las adolescentes a obtener mejoría en sus niveles de ansiedad, manejar de forma más adecuada su estrés y modificar sus comportamientos con relación al embarazo, cuidado, y atención médica.

Las teorías revisadas, Ellis, Beck, Lazarus; sustentan que la interpretación o valor que le dé la persona a las cosas es lo que genera ansiedad y estrés, ya que no es la situación en sí, sino lo que se piensa de la situación. Es necesario entonces, corregir esas valoraciones o percepciones disfuncionales por otras funcionales y adaptativas.

3. Se incorporan en esta investigación otras técnicas como tareas para casa, ejercicios de relajación, ensayos conductuales como parte del tratamiento, además de las técnicas básicas como Reestructuración Cognitiva, Técnicas de afrontamiento, Entrenamiento en Habilidades sociales y Los temas educativos del programa de Apoyo Psicosocial.

El Programa de Apoyo Psicosocial fue elaborado en el año de 1990 y puesto en práctica en dos centros de salud de la región de salud de San Miguelito, ofreciendo buenos resultados, y en esta oportunidad se observa su valor como parte del entrenamiento de las adolescentes embarazadas.

4 Observamos que 1 de las 10 adolescentes mantuvo su estado de ansiedad y estrés elevado antes y después del tratamiento, se pudo conocer que esto se debe principalmente al hecho que la adolescente fue embarazada por un joven perteneciente a una de las bandas de su área, lo que hacía difícil la movilización con total libertad dentro de la comunidad y asistir al Centro de Salud, toda vez que dicho centro está ubicado en la zona contrana, y esto puede resultar peligroso para ella

5 Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después que terminó el tratamiento. De modo que la mejoría observada en estos resultados debe ser considerada como una mejoría en ese período

6 La muestra utilizada fue sólo de 10 adolescentes por lo tanto los resultados obtenidos no pueden ser generalizados al resto de la población. No obstante, se espera que siguiendo el procedimiento y las técnicas de intervención puedan presentarse cambios igualmente significativos con otros grupos de adolescentes embarazadas

7 La prueba no paramétrica de Wilcoxon demostró que existe suficiente evidencia estadística que permite rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna o de trabajo que establecía que los síntomas de estrés y ansiedad serán menores después del tratamiento

8 Al rechazar la hipótesis nula y sustentar la alterna, la probabilidad asociada al estadístico de prueba es menor a 0.05 (nivel de significancia o alfa para pruebas a una cola)

9 Encontramos entre las adolescentes que participaron en el programa sentimiento de baja autoestima, poca confianza en sí misma, inferioridad y vergüenza. Estos aspectos mejoraron también con el tratamiento recibido.

10 El programa fue diseñado para ser puesto en práctica en personas con un nivel educativo mínimo de sexto grado

11 Las sesiones se estructuraron de forma clara y sencilla, con dinámicas y actividades que pudieran adecuarse a las características de la muestra de la investigación

12 El apoyo familiar dado a las adolescentes fue pobre. Los padres hacían pocos esfuerzos para cooperar. Se observó más colaboración en aquellas casas donde se encontraban ambos padres, luego donde se encontraba sólo la madre y por último se obtuvo menos cooperación donde había un padrastro

13 Se deberían incluir más sesiones para mejorar los niveles de ansiedad tomando en cuenta mayor énfasis en planeamiento del futuro asociado con mayores habilidades sociales y reestructuración cognitiva

RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos encontrados en esta investigación, se hacen las siguientes recomendaciones.

1 Fomentar el desarrollo de otros programas que brinden tratamiento y orientación a las adolescentes embarazadas que sea útil para ellas y con la nueva responsabilidad de ser madre.

2 Debe existir un día de la semana específico para la atención de la adolescente embarazada, donde pueda recibir la orientación completa por parte del médico general, obstetra, psicólogo, y trabajador social

3 Sugerimos que el Programa de Apoyo Psicosocial con enfoque cognitivo conductual se lleve a cabo con un número mayor de adolescentes embarazadas y se les haga seguimiento por un período no menor a tres meses después del parto, para observar si las adolescentes continúan utilizando las técnicas aprendidas y si se mantienen los cambios, de modo que los resultados puedan ser generalizados

4 La aplicación de este programa en Instituciones de Salud, podría incluir más sesiones de Reestructuración Cognitiva, Estilos de Afrontamiento y Habilidades Sociales Además de presentar los módulos educativos con mayor profundidad, y una visita a la maternidad del Hospital Santo Tomás sería un complemento a esta preparación para el parto y la maternidad

- 5 Realizar una investigación con grupo experimental o cuasiexperimental, donde la muestra sea seleccionada al azar y exista un grupo control
- 6 Dar seguimiento a las adolescentes con sesiones terapéuticas posteriores al nacimiento de sus bebés, implementando programas de Escuela para padres

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ALDAY, María A y otros. (2001) **El Trabajo Social en el Servicio de Justicia**, Argentina: Editorial Espacio, 216 págs
- ARON, Arthur y otros. (2001) **Estadística para Psicología**, Mexico: Prentice Hall, 593 págs
- AUER, Jim (1999). **Convivir con Adolescentes**. Bogotá: Ediciones Paulinas, 37 págs
- BECK, Aaron. (2003). **Terapia Cognitiva de la Depresión**. Madrid: Descleé de Brouwer, 356 págs.
- BECK, Aaron. (1996). **Introducción a las Teorías de la Personalidad**. México: McGraw-Hill, 558 págs
- BEERS, Laura (1984). **Sexo**, Serie Viva Mejor, Mexico: Editorial Continental, S.A , 149 págs
- BELLOCH, A y otros (1997). **Manual de Psicopatología**. España: McGraw-Hill Interamericana, Volumen I 1,613 págs y Volumen II 2796 págs.
- BERNSTEIN, D.A y Nietzel, M T. (2002). **Introducción a la Psicología Clínica**, España: McGraw-Hill, 662 págs.
- BRINLEY, Maryann (2002) **Todo sobre el Embarazo**, Barcelona: Editorial El Planeta, 320 págs.
- CABALLO, V E (1997). **Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos**, Madrid: Siglo XX, 750 págs
- CALLE, Ramiro. (1998). **Terapia Emocional**, Madrid: Editorial Temas de Hoy, 237 págs
- CAMERINI, Julio (2005) **Introducción a la Terapia Cognitiva**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 195 págs.

- COLEMAN, J C y Hendry, L B. (2003) **Psicología de la Adolescencia**, Madrid Ediciones Morata, 292 págs.
- COREY, Gerald (1995). **Teoría y Práctica de la Terapia Grupal**, España Editorial Desclée de Brouwer, 516 págs.
- DESCHAMPS, Jean Pierre. (1979). **Embarazo y Maternidad en la Adolescencia**, Barcelona: Editorial Herder, 269 págs
- ELLIS, A y Bernard, P. (1990) **Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva**. Bilbao: Desclée De Brouwer, 253 págs.
- ELLIS, A y Dryden, W. (1989). **Práctica de la Terapia Racional Emotiva** Bilbao Desclée de Brouwer, 242 págs.
- FELDMAN, Robert (2002) **Psicología**. Mexico. McGraw-Hill, 613 págs
- GAVENSKY, Ricardo. (1971). **Psicoprofilaxis Obstétrica**, Buenos Aires Editonal El Ateneo, 244 págs.
- GUERRERO, María E Carvajal de. (2005). **La Alegría de Amamantar**, guía práctica para la lactancia revisada y actualizada Bogotá: Editonal Norma, S.A., 240 págs
- HURLOCK, Elizabeth B (1991) **Psicología de la Adolescencia**, Buenos Aires Editonal Paidós, 4ta. edición, aumentada y revisada, 572 págs
- JAUMEANDREU, Raimon (1998) **Bienestar, autoestima y Felicidad**, Madrid: Editonal Plaza y Jane, 193 págs.
- KAZDIN, Alan (2001). **Métodos de Investigación en Psicología Clínica**. Mexico: Prentice Hall, 472 págs.
- LAZARUS, Richard. (2000) **Estrés y Emoción**, España: Desclée de Brouwer, 287 págs
- LAZARUS, Richard (1982) **La Personalidad y sus Ajustes**, Mexico: Editonal Panamericana, 214 págs.

- MATHESON, D W y otros. (1985). **Psicología Experimental**, Mexico Editorial Continental, 416 págs
- PAPALIA, D Y OLDS, S. (1985). **Desarrollo Humano**, Mexico Editorial McGraw Hill, 674 págs
- PAPALIA, D y OLDS, S (2004). **Desarrollo humano**, Mexico Editorial McGraw Hill, 674 págs.
- PERNOUD, Laurence (2000). **Espero un Hijo**, versión actualizada, Argentina Editorial Vergara, 536 págs.
- PICK, Susan y otros. (1999). **Planeando tu Vida**. Mexico. Editorial Planeta Mexicana, 409 págs
- POMMÉ, Eliana. (2007). **Embarazo en la adolescencia**. Bogotá Ediciones Paulinas, 63 págs
- PUNSET, Eduardo. (2008). **El Alma está en el Cerebro**, Barcelona Editorial Punto de lectura, 420 págs
- REYNOSO, L. y Seligson I. (2005). **Psicología Clínica de la Salud** Un enfoque conductual, Mexico: Manual Moderno, 186 págs
- SALVATIERRA, Vicente. (1989). **Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos**. Barcelona: Editorial Martínez Roca S.A
- SAMPIERI, Roberto y otros. (2003). **Metodología de la Investigación**. Mexico: Mc Graw-Hill, 639 págs.
- SIMÓN, Miguel A (1993). **Psicología de la Salud**. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Ediciones Pirámide, 263 págs.
- STOFF, David M. y otros (2002). **Conducta Antisocial**. Causas, Evaluación y Tratamiento. Mexico: Oxford University Press, 303 págs.

STOPPARD, Miriam (2004). **Nuevo Libro del Embarazo y Nacimiento**, Una guía completa y práctica para futuros padres, Bogotá Editorial Norma, S.A., 246 págs.

TAPIA, Amparo. (2002) **Embarazo en la Adolescencia**. Investigación en salud de Adolescentes. Cuba: Editores Bettylu Rasmussen, 367 págs

TAPIA, Amparo (2002). **Guía para la Elaboración de Programas Educativos de Salud Integral para el Embarazo en la Adolescencia**. Mexico Universidad de Guadalajara, 77 págs

VERNIERI, María (2006). **Adolescencia y Autoestima** Buenos Aires Editorial Bonum, 209 págs

WHITEFORD B. y Polden M., (1991). **Ejercicios Postnatales**. Bogotá Editorial Norma, 134 págs

OTRAS FUENTES

PUBLICACIONES

BEENS, Francisco. (1992). **Alternativas de Atención para la Adolescencia** Panamá

CERVERA, Joaquín. (2001). **Enfermedades de Transmisión sexual y Adolescencia**: Generalidades y prevención. Grupo de Trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia Sociedad Española de Contracepción

CÓDIGO DE LA FAMILIA Y DEL MENOR, (2005). Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia Panamá: Editorial Mizrachi y Pujol, S.A

DEVANI, Carlos (2005). **Preparación Integral para la Maternidad**, Guía para el Trabajo de Equipos Interdisciplinarios. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente

ESQUIVEL, María A y otras (2001) **Adolescentes Embarazadas un Problema de Todos.** Artículo presentado en la Conferencia Abordaje, Promoción y Prevención: Salud Reproductiva Panamá

HURTADO, Felipe y otros. (2005). **La Mujer ante la Experiencia del Parto y las Estrategias de Afrontamiento.** Centro de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Salud Fuente San Luis, Valencia, España

MINICI, Ariel y otros (2007). **Por qué elegimos Terapia Cognitiva-Conductual.** Artículo. Buenos Aires, Argentina.

Narcotics Anonymous World Service, INC. (1991), **¿Quién es un adicto? Narcóticos Anónimos.** Chatsworth, California, USA

Fundación Panameña Anti-Sida. (2004) **Proyecto de Orientación Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual.**

Programa Educativo sobre Madurez Psico-Afectiva en Adolescentes Embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Egidio Montesinos, (2005). El Tocuyo, Estado de Lara

SALAZAR Cutido, Berta y otras. (2006). **Aspectos Fisiológicos, Psicológicos y Sociales del Embarazo Precoz y su Influencia en la Vida de la Adolescente.** MEDISAN Artículo

Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática, (2008). Boletín N°2.

Niveles de Ansiedad y Factores Asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que acuden a los hospitales del Ministerio de Salud de la ciudad del Cusco en 1999. (2001). Año 9, nº 18

Pautas para la Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual (1999) O.M S., Departamento de Enfermedades Transmisibles y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el S I D A

Folleto

¿Qué puede y qué debe hacer la escuela frente al maltrato infantil?,
Programa Nacional por los Derechos del Niño y del Adolescente
(1997) Ministerio de Cultura y Educación de la Nación Buenos
Aires, Argentina

SEMINARIOS

Sistemas de Responsabilidad Penal para Adolescentes. (2002). UNICEF,
Panamá

Compilaciones de Observaciones Finales del Comité de los derechos del Niño sobre países de América latina y el Caribe, (2004). UNICEF y OHCHR

CONFERENCIA

La Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia: Un nuevo paradigma. **“La Salud como Derecho: Acceso y Exigibilidad”.** (1998). UNICEF Y Ministerio de la Familia

TESIS

BARRIOS, María Inés. (2005). Programa para reducir el Estrés y Ansiedad en los Pacientes Diabéticos a través de un abordaje Cognitivo Conductual, **Tesis**, Psicología Clínica

JAÉN, Rolando. (2000). Un programa para reducir la Ansiedad y la Depresión en Adultos. Una experiencia de grupo en la Policlínica del Seguro Social JJ Vallarino. **Tesis**, psicología Clínica, Universidad de Panamá

MAINIERI, Roberto. (2000) La Técnica de Bioinformación en el tratamiento del Estrés. **Tesis**, Psicología Clínica.

MATTEUS, Jenny. (2004). Programa de terapia de Grupo Cognitivo Conductual para Maestros de la escuela Básica General del IPHE que presentan Síndrome de Burnout, tesis, Psicología Clínica

SÁNCHEZ, Dalys O. (1991). Programa de Apoyo Psicosocial Dirigido a una Muestra de Adolescentes Embarazadas, Tesis, Universidad Santa María La Antigua.

ENTREVISTAS

Carreño, Zenaida (2008). Trabajadora Social Coordinadora del Programa orientación Sexual y Enfermedades de transmisión Sexual. 2003-2004

Gonzalez, Olivia Ester. (2008). La Salud de la Mujer, enfermera obstetra Ex directora del departamento materno infantil de la Caja del Seguro Social a Nivel Nacional

Solís Espino, Diana. (2008). Delincuencia Juvenil y Trastorno Antisocial de personalidad. Psiquiatra del Hospital Nicolás A. Solano

Perez, Alejandro (2008). Psiquiatra Forense, Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses.

ANEXOS



ANEXO # 1

PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL

ÁREA I

A. CONCEPCION O EMBARAZO

La fecundación puede darse aproximadamente 14 días después del comienzo del período menstrual.

Cuando un espermatozoide alcanza un óvulo maduro y se une con él, se produce la fecundación.

El óvulo fecundado comienza a desarrollarse, y al cabo de nueve meses nace un nuevo individuo

La fecundación tiene lugar normalmente en la tuba uterina, cuando el óvulo ha recorrido la primera tercera parte de este conducto en dirección al útero, por lo general en las 24 horas siguientes a la ovulación

El óvulo permanece vivo 24 horas y el espermatozoide 2 a 3 días, si la fecundación no ocurre la célula espermática y el óvulo mueren. Muchos espermatozoides mueren durante el coito, pero sólo un espermatozoide realiza la fecundación, en cuanto uno logra atravesar la capa exterior del óvulo, se producen alteraciones que imposibilitan la entrada de ningún otro

B. EMBARAZO

La formación de espermatozoides y óvulos como resultado de la meiosis, y el depósito de los primeros en la vagina, puede dar como resultado el embarazo. Este último representa un conjunto de fenómenos que incluyen la fecundación, la implantación, el desarrollo embrionario y, en condiciones normales, el desarrollo fetal que termina con el nacimiento.

C. CAMBIOS FISICOS DURANTE EL EMBARAZO

Se presentan modificaciones generales y locales. Las modificaciones generales ocurren en los diferentes sistemas.

Modificaciones generales:

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo aumenta en casi 1.5 litros. El útero necesita cerca del 25% de sangre adicional, y el aporte sanguíneo aumenta también en los senos y otros órganos vitales, e incluso en las encías.

En una mujer embarazada el número de glóbulos rojos se multiplica constantemente, especialmente si la dieta es rica en hierro. Otro efecto derivado del efecto de la sangre circulante es la reducción en la concentración de sodio, que es la razón por la cual no se debe disminuir la ingestión de sal durante el embarazo a menos que haya retención de líquidos.

Otro sistema que sufre modificaciones es el renal. Los riñones tendrán que limpiar y filtrar un 50% más de sangre. Por consiguiente, la eficiencia de la función renal aumenta y el cuerpo elimina más rápidamente los productos de

desecho, de tal forma que la glucosa también es eliminada muy rápido, junto con los minerales y vitaminas

Este es uno de los motivos por los cuales es necesario prestar mucha atención a la nutrición y mantener una ingestión apropiada de vitaminas y minerales

Además, el útero en contracción irmta la vejiga que se encuentra muy cerca, por lo que quizás aumente la frecuencia de orina Este es uno de los primeros signos de embarazo

En el sistema respiratorio el consumo de oxígeno se encuentra aumentado para satisfacer la demanda de oxigenación de la madre al feto Si usted recibe mucho aire puro y hace ejercicio, mejorará el aporte de sangre a sus pulmones

Los órganos del sistema digestivo pueden encontrarse alterados durante el embarazo La hipersecreción salival afecta por lo general a las primigestas siendo un trastorno transitorio y benigno que suele desaparecer al tercer mes o aún antes

En el primer trimestre puede haber pérdida del apetito, generalmente si hay náuseas En este período las náuseas y los vómitos son frecuentes, pero permiten una alimentación suficiente y no alteran el estado general

El cambio más importante desde el punto de vista endocrinológico durante el embarazo es el que realiza la placenta La placenta suministra alimento y oxígeno al bebé y elimina los productos de desecho

Avanzado el primer trimestre, la placenta es una fábrica química muy eficaz que

produce cantidades cada vez mayores de hormonas femeninas y del embarazo con dos funciones específicas

Primero, estas hormonas alteran el cuerpo de la madre para mantener el embarazo y prepararlo para la lactancia

Segundo, garantizan que los órganos reproductores estén sanos y que la placenta funcione eficientemente, nutriendo al bebé para mantenerlo vivo

La mujer experimenta un aumento gradual, de peso que al final de la gestación será aproximadamente de 20 libras

En la piel y especialmente en la cara, manos, línea media del abdomen, vulva, ano y cicatrices anteriores aparece una hiperpigmentación que se debe al depósito de melanina. En la cara esta pigmentación oscura se acentúa en la frente, pómulos, mejillas y labio superior que produce un aspecto muy particular conocido como cloasma gravídico o máscara de embarazo

Modificaciones locales:

Los cambios en los senos pueden ser uno de los primeros signos que la mujer observe. La mayoría de las mujeres con un ciclo medio de 28 días sentirán un claro agrandamiento de los senos hacia los 6 u 8 meses de gestación, 2 ó 4 semanas después de la fecha en que hubiese debido comenzar el período menstrual

Los senos se sentirán firmes y sensibles y las venas superficiales serán más grandes que de costumbre

La sensación de comezón es común, al igual que las punzadas ocasionales

Las glándulas sebáceas de la aureola adquieren apariencia prominente, modular y rosada

Desde el comienzo del embarazo, los senos producirán una especie de leche llamada calostro, la cual puede aparecer involuntariamente o mediante masaje

Hacia el final del primer trimestre observará uno de los últimos cambios de los senos el oscurecimiento de pezones y aureolas, ocasionadas por un aumento general de la pigmentación, que es otra de las características del embarazo

El útero durante el embarazo sufre modificaciones para permitir el crecimiento y desarrollo del feto Entre las modificaciones se aprecian

- Un extraordinario crecimiento caracterizado por la hipertrofia de las fibras pre-existentes, hiperplasia de las mismas, por formación de nuevas fibras musculares
- Aumento de volumen, el cual ocurre en forma progresiva a través del embarazo, causada por la distensión de sus paredes, por el crecimiento del feto y la hipertrofia de sus elementos musculares
- El cuello del útero se reblandece temprano en el embarazo, además adquiere una coloración violácea como consecuencia del aumento de la vascularización

Pared abdominal al igual que las mamas sufren modificaciones debido al efecto de las hormonas producidas durante el embarazo.

D. DESARROLLO PRE-NATAL

El nuevo ser concebido en el vientre pasa por tres estadios de desarrollo germinal, embrionario y fetal

El período germinal ocurre desde la fecundación hasta la segunda semana.

El óvulo fecundado comienza una serie de transformaciones, cambios que dan lugar a lo que somos nosotros. Mientras esto ocurre, se está desplazando desde la trompa de Falopio hacia el útero, llega en unos 3 ó 4 días. Habiéndose incrustado en la membrana del útero, el organismo está ahora relativamente seguro dentro del ambiente uterino, y ya se satisfacen las condiciones para el crecimiento placentano y la inserción del cordón umbilical

Estado embrionario, va de la segunda semana a la octava semana.

Durante este período se desarrollan los principales órganos y sistemas corporales (corazón, aparato respiratorio, digestivo, nervioso). Debido a la rapidez del crecimiento y de desarrollo de este estadio, el embrión es mucho más vulnerable a las influencias del medio ambiente pre-natal y se pueden producir daños particularmente graves y permanentes al organismo

Estadio fetal, va de la octava semana hasta el final del embarazo.

El período del feto se caracteriza por el desarrollo continuo y el crecimiento de los sistemas básicos y por el reemplazo del cartílago por células óseas. La

característica más importante de desarrollo es la organización de las estructuras en desarrollo

El período comprende un vínculo muy crítico en el desarrollo pre-natal. A partir de la vigésima sexta semana todos los sistemas principales ya están desarrollados, y los meses restantes se dedican al crecimiento y fortalecimiento continuo del feto como preparación para la entrada que habrá de hacer a un ambiente definitivamente distinto al ambiente pre-natal.

E. PREPARACION PSICOLOGICA PARA EL PARTO

La tendencia actual está orientada a brindar a la futura madre educación, para lograr su cooperación voluntaria durante el trabajo de parto, dándole a conocer su verdadera fisiología y tratando así de disminuir el daño o prejuicio que alteran una función que debe ser tan normal como lo es traer al mundo un nuevo ser.

Las motivaciones en la preparación psicofísica se basan en la obtención de un parto poco doloroso o con ligeras molestias; en favorecer y acortar la evolución del parto, en lograr mejores condiciones de vida para el recién nacido, favorecer la lactancia, en establecer mejores relaciones materno-filiales y conyugales, en asistir al parto en estado de plena conciencia, ayudando a desterrar temores infundados, logrando una profunda sensación de satisfacción, de confianza en sí misma, de orgullo, y éxtasis emocional, y de felicidad por la maternidad.

Esta preparación incluye además, ejercicios respiratorios que la adolescente embarazada ha de realizar durante la labor de parto, haciendo énfasis en que

durante cualquier momento, la gestante puede necesitar la ayuda de fármacos para recuperar la serenidad requerida

Generalmente, estos fármacos son administrados al inicio de la labor para lograr la máxima cooperación consciente de la madre durante el parto y evitar que estos medicamentos influyan en la reacción del niño al nacer

1. Parto Psicoprofiláctico

Es una medida preventiva contra la aparición y desarrollo de dolores de parto

El eslabón principal del sistema es la profilaxis y eliminación de las causas que provocan las alteraciones del equilibrio fisiológico.

Entran aquí aquellas medidas especiales que protegen a las embarazadas y parturientas de la acción de la palabra cuando por su significación puede condicionar, provocar y reforzar las sensaciones dolorosas durante el parto

El objetivo fundamental del sistema de psicoprofilaxis no se reduce solamente a que se atenúa el dolor individual, sino a luchar por la supresión del dolor y otros sufrimientos negativos de la mujer.

El dolor y el miedo deben ser excluidos como resultado de una nueva actitud de la mujer hacia el acto del parto, en que no aparecerán dolores ni todo el complejo de emociones, sufrimientos y sensaciones negativas ante el parto

La mujer aprende las distintas fases del parto, y los ejercicios respiratorios, musculares y de relajación que van a facilitar el nacimiento de su bebé

AREA II

A. CUIDADOS MATERNOS

La mujer embarazada debe saber que no está enferma y puede seguir haciendo su vida normalmente. Sin embargo, debe adoptar ciertas precauciones por su propio bien y el de su bebé. Debe tener presente los paseos al aire libre, una hora de reposo después de la comida del mediodía, una higiene perfecta, entre otras cosas.

Debe acudir al dentista para que compruebe el estado de sus dientes, ya que puede haber infecciones, por lo tanto es importante la meticulosidad en la higiene oral.

Para evitar problemas dentales y de encías utilice una dieta rica en calcio y vitaminas y muy pobre en azúcar que son los causantes de las caries.

La mujer embarazada debe evitar los contactos con enfermos contagiosos (varicela, sarampión).

Es importante que la joven cuide siempre su aspecto, su arreglo personal, use zapatos cómodos. Debe cuidar su cabello, piel, usar cremas para evitar estrías, cuidar sus senos, lavándolos con agua previamente hervida y seguir las indicaciones del médico.

1. Sustancias Peligrosas

Los agentes químicos absorbidos del humo del cigarrillo limitan el crecimiento fetal, al reducir el número de células producidas tanto en el cuerpo como en el cerebro del bebé

El nivel de monóxido de carbono es más elevado en la sangre del fumador y sea cual sea el nivel presente en la madre, se concentra en la sangre del bebé. Además, puede reducirse la cantidad de oxígeno que la sangre puede transportar. Puede presentarse el caso de niños de bajo peso, en ocasiones las madres que fuman comen menos, por lo tanto quizás sus bebés reciban menos alimentos

Hay posibilidades de malformaciones congénitas y aumenta el riesgo de aborto espontáneo. Las madres que siguen fumando después del cuarto mes de embarazo contribuyen a aumentar el riesgo de que su hijo muera durante la primera semana de vida

2. Consumo de Alcohol

El alcohol que se ingiere llega al torrente sanguíneo del bebé y es más nocivo durante el período crítico del desarrollo entre las 6 y 12 semanas.

No existe un nivel seguro para el consumo de alcohol durante el embarazo. Si

se toma más de dos copas al día, existe una probabilidad entre diez de que el bebé sufra síndrome alcohólico fetal que puede producir anomalías faciales como fisura palatina, defectos cardíacos, desarrollo anormal de las extremidades e inteligencia inferior al promedio.

La ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, puede producir problemas mentales aún inexplicados o afectar de forma sutil el desarrollo físico y mental de los bebés

J. Fármacos

Ciertos fármacos pueden afectar el desarrollo del feto, especialmente en el período crucial, cuando se están formando todos los órganos vitales. Algunos contenidos de los fármacos pueden ser inocuos por sí solos, pero nocivos para el feto al combinarse con otros igualmente inocuos, o con ciertos alimentos.

No es conveniente tomar ningún fármaco, ni siquiera aspirina, a menos que sea bajo la supervisión de un médico. No deben comprar medicamentos por su cuenta, ni utilizar los que se tiene en casa o hayan sido prescritos a otra persona. Para el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes, cardiopatía, problemas de tiroides, trastornos reumáticos, debe discutirse con un médico si debe continuar el tratamiento antes de concebir.

K. Infecciones de Transmisión Sexual

Estas enfermedades infecto-contagiosas se contraen generalmente por medio

del contacto sexual Son producidas por microbios que producen la enfermedad, que se contagian fácilmente de una persona a otra Las más frecuentes en nuestro medio son sífilis, gonorrea, el VIH/ SIDA aunque a veces tenemos otras menos frecuentes como el chancroide.

En cada caso es necesario hacerse los exámenes correspondientes para determinar el tratamiento adecuado para combatirlos

L. Alimentación en el curso del embarazo

La nutrición ejerce un efecto muy importante durante el embarazo y en el crecimiento y desarrollo del bebé. Las exigencias nutricionales para un buen desarrollo fetal comienzan aún antes de la concepción

La gestante se verá en la necesidad de aumentar los alimentos ricos en proteínas en su dieta En un día podrá suplir estas necesidades con huevo, leche, queso o una porción de pescado. Todos estos alimentos contienen los aminoácidos necesarios Algunas proteínas vegetales las encontramos en arvejas, lentejas, frijoles y nueces

Por otra parte, vemos que las calorías se irán adquiriendo a través de los demás alimentos si su dieta es variada.

A medida que avanza el embarazo, se produce una tendencia al estreñimiento y se deberá ingerir más fibras

Las frutas y verduras crudas, los cereales integrales, las arvejas y los frijoles

contienen muchas fibras y deben ingerirse siempre que sean posibles, por lo menos una vez al día

No se debe regular la ingestión de líquidos durante el embarazo, sólo controlar el contenido calórico de las bebidas. El agua es la mejor bebida y contribuye a un buen funcionamiento renal y a evitar el estreñimiento.

Observamos que los requerimientos de vitaminas y sales minerales aumentan en la segunda mitad del embarazo y la lactancia. Las vitaminas son necesarias para el desarrollo sano del niño y éstos pueden encontrarse en los diferentes alimentos que consumimos, vitaminas que se encuentran en alimentos como: zanahorias, cereales, leche, queso, papas, plátanos, frutas secas

El calcio, resulta importante desde el momento de la concepción, es necesario ingerir doble cantidad de calcio, ya que los dientes y los huesos del bebé comienzan a formarse a las 4 – 6 semanas. Entre las fuentes de calcio se cuentan los productos lácteos, las verduras, las arvejas, frijoles, lentejas. La absorción eficiente de calcio no es posible sin vitamina D, pero esta vitamina no se encuentra en muchos alimentos, de manera que puede obtenerse mediante la luz del sol, de modo que si se es alérgica a la leche de vaca, los complementos de calcio serán útiles, acompañadas de vitamina D.

Hierro, los requerimientos de hierro aumentan en el segundo y tercer trimestre del embarazo, pues durante estos se configuran los principales depósitos fetales. El hierro, es necesario en la vida fetal para el aprovechamiento del

oxígeno de la sangre placentaria. Al organismo le resulta muy difícil de absorber el hierro.

El que contienen los alimentos de origen animal es el que se absorbe más fácilmente, que el derivado de las nueces y cereales. Si se consumen alimentos ricos en vitamina C, al mismo tiempo que los alimentos ricos en hierro, se podrá duplicar la cantidad de hierro ingerido. Si se observa insuficiencia de hierro, es importante que sea tratada para evitar la aparición de anemia.

El ácido fólico, es parte del complejo B, lo encontramos en verduras, hígado, nueces. Resulta esencial para la formación de la sangre, previene defectos del conducto raquídeo como: espina bífida u otras malformaciones. El ácido fólico es importante para el desarrollo del sistema nervioso del bebé.

AREA III

A. PARTO

1. Tipos de parto

Hay dos tipos de parto, o dos maneras en la que la mujer puede tener un bebé: parto vaginal y operación cesárea.

❖ Parto vaginal o normal

Es aquel donde el bebé, la placenta y las membranas se desprenden y son expulsados del cuerpo de la mujer embarazada después de aproximadamente

280 días ó 40 semanas de gestación

❖ **Operación Cesárea**

Es una vía alterna para el nacimiento de un bebé, cuando un parto vaginal no es posible. El obstetra realiza un corte a través de la piel del abdomen (en el área entre el ombligo y el pubis) y luego otro corte hasta llegar al útero para sacar al niño.

¿Quiénes necesitan una cesárea?

Necesitan cesárea aquellas mujeres que presentan algunos de los casos que señalaremos a continuación.

- Cuando el bebé es muy grande o el canal de parto muy pequeño para el nacimiento
- El útero no se contrae adecuadamente, por lo que el bebé no puede salir
- El bebé está en una posición anormal (las nalgas o los hombros primero que la cabeza)
- Nacimientos múltiples complicados (gemelos, trillizos)
- Sufrimiento fetal (monitoreo, muestra que el bebé está en problemas)

La cesárea es una operación mayor, así que es normal esperar un poco de

dolor. Pero, la experiencia ha demostrado que la mayoría de las madres pueden regresar a su casa 3 días después de la cesárea.

¿Se puede amamantar al bebé después de la cesárea?

Definitivamente sí. Si todavía la madre se encuentra un poco mareada por la cirugía, le puede pedir a la enfermera que la ayude a buscar una posición cómoda para amamantar. Además, tan pronto como la madre y el bebé estén bien, muchos hospitales permiten que permanezcan juntos.

2. Falso Trabajo de Parto

Aproximadamente una semana antes del parto, muchas mujeres embarazadas experimentan síntomas que parecen indicar el principio del trabajo de parto. Este falso trabajo de parto se distingue del verdadero en varios aspectos:

- Se presentan dolores irregulares y raras veces cambian de intensidad
- La cervix o cuello del útero no se dilata y raras veces hay manchas y secreción de sangre

Por otro lado, el verdadero comienzo de trabajo de parto se caracteriza por los siguientes fenómenos o por diversas combinaciones de ellas:

- Dilatación de la cervix
- Contracciones de la porción alta del útero
- Dolores abdominales (contracciones de los músculos)
- Dolores de espalda

3. Etapas del parto

El parto se divide en tres fases, acompañadas de la actitud que debe mantener la mujer en el momento de dar a luz

- **Primer período o fase:**

Abarca el tiempo que va desde el principio del trabajo o dolores del parto hasta la completa dilatación del cervix. En este período la parturienta debe respirar en forma jadeante alternada con respiraciones profundas y lentas, las que aumentan en frecuencia y disminuyen en intensidad a medida que aumenta la contracción, al declinar ésta, el jadeo vuelve a aumentar su profundidad y a disminuir su ritmo volviendo fuera de la contracción al ritmo respiratorio normal. La respiración lenta y profunda permitirá la oxigenación de la madre y el feto, y evita que se produzca dolor durante las contracciones.

El objetivo de este tipo de respiración es el de movilizar el diafragma con lo que se evita que este músculo, al contraerse comprima el fondo del útero. La respiración rápida y superficial produce un efecto analgésico.

- **Segundo período:**

Este período es el de expulsión fetal. Comienza con la dilatación completa del cervix y termina con el nacimiento del niño. Este período se caracteriza por las contracciones musculares que dan la sensación de “deseo de pujar”. En cada

contracción debe colaborar pujando es decir, la mujer debe contraer los músculos abdominales.

La aspiración y espiración profunda al iniciarse cada contracción ayuda en el descenso del diafragma, evitando la presión sobre el fondo del útero. Durante el desprendimiento del niño, la contracción se sostiene y se acompaña de un jadeo rítmico y profundo

- **Tercer período:**

Es el período de expulsión placentaria. Se inicia después del nacimiento del niño y termina con la expulsión de la placenta. Después del nacimiento del niño, el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. Se inician fuertes contracciones rítmicas que provocan el desprendimiento de la placenta

ÁREA IV

A. LACTANCIA

1. ¿Qué es lactancia?

Es una de las interacciones más importantes entre la progenitora y el recién nacido

Tanto la madre como el lactante están biológicamente preparados para esta interacción. Por parte del lactante, están los reflejos de orientación y succión, que sirven para conducir al niño al pecho o a la mamadera. Del lado materno está el reflejo de lactancia y de eyección, que prepara a la madre para

proporcionar el reflejo que se busca

La lactancia, se refiere a la producción de leche, mientras que el reflejo de eyección echa a andar la corriente de leche

2. Alimentación de la madre que amamanta

Si tenemos en cuenta que la glándula mamaria fabrica la leche a partir de los nutrientes que encuentra en el organismo, comprenderemos la necesidad que tiene la madre de alimentarse muy bien durante los períodos de lactancia

Para que una mujer pueda alimentar a su bebé sin sufrir detenoro en su salud, necesita más calorías y proteínas por día. Es decir, que además de los alimentos requeridos normalmente, la madre debe consumir alimentos extra que suministren las calorías, vitaminas, proteínas y minerales.

Las proteínas se pueden obtener de alimentos como: carne, pollo, pescado, leche, huevos, queso, yogurt, las calorías provienen del azúcar, harinas y las grasas y vitaminas de las frutas y legumbres.

La calidad de la dieta no depende únicamente de la cantidad de alimento, sino de la adecuada combinación de aquellos que contienen los diferentes nutrientes, ya que la escasez de cualquiera de ellos deteriora el estado de salud. Además, es necesario tomar mucho líquido.

Normalmente, las mujeres que están amamantando sienten mucha sed, porque su organismo demanda el líquido necesario para fabricar la leche. La madre debe tomar por lo menos 8 vasos de líquido al día o más si el clima lo requiere,

estos pueden beberse en forma de jugos Leche, agua o té

3. Ventajas de la lactancia materna

La lactancia materna beneficia tanto a la madre como al bebé.

- Beneficia a la madre
 - ✓ en su salud mental
 - ✓ en su salud física
 - ✓ es más práctica y económica
- Beneficia al niño
 - ✓ atenúa el cambio de nacimiento
 - ✓ el calor maternal es necesario
 - ✓ desarrolla la mente del niño
 - ✓ el bebé se instala pronto en la familia
 - ✓ favorece la salud del niño
 - ✓ calostro durante los tres primeros días, la glándula mamaria produce una sustancia de color amarillo llamada calostro Este calostro es el alimento perfecto para los primeros días de vida del bebé Contiene agua, proteínas, y minerales en las proporciones adecuadas para suplir las necesidades nutritivas del bebé El calostro también, posee anticuerpos invaluablees que protegen al niño contra las enfermedades contra las cuales desarrolló resistencia la madre, como polio y gripe Además, contiene un laxante que activa el sistema gastrointestinal del bebé Al cabo de 72 horas el calostro es reemplazado por la leche

4. Alimentación con biberón

➤ Ventajas

- Situaciones en las que no es posible amamantar y en donde el biberón representa una gran ayuda.
- puede ser en aquellos casos donde la madre tiene la necesidad de tomar fármacos durante mucho tiempo (epilepsia).
- En aquellos casos donde la madre puede enfermar seriamente y requerir hospitalización.
- El padre puede participar activamente en la alimentación desde el principio

➤ Desventajas del biberón

- la orina y el material fecal del bebé toma olor bastante desagradable
- Puede aparecer alergia a la leche de vaca, si el recién nacido es sensible a la proteína de dicha leche.
- La esterilización de los frascos y el equipo que se utiliza en la preparación del alimento requieren más tiempo en comparación con la leche materna
- El costo del biberón es muy alto En muchos casos, las limitaciones del ingreso familiar obligan a reemplazarla total y parcialmente por alimentos menos costosos, pero carentes de esos elementos esenciales para el crecimiento y desarrollo del bebé, como son las proteínas

ÁREA V

A. INFORMACION COMPLEMENTARIA

1. MALTRATO INFANTIL

¿Qué es maltrato infantil?

Es el maltrato o descuido repetido de un niño(a) por parte de su padre, madre o ambos o por parte de cualquier otro guardián que cause lesión o daño.

El maltrato de los niños(a) puede ser

➤ Maltrato Físico

Quizás es la forma que da más evidencia, pero no necesariamente más consecuencias serias. Entre ellas tenemos: quemaduras, no asegurando las necesidades de la vida (alimentos), golpes, fracturas de brazos, otros

Características del niño(a) maltratado físicamente.

- lesiones en la piel
- quemaduras
- pellizcos
- cicatrices
- lesiones múltiples y repetidas en cabeza, cara, espalda u ojos

- vestimenta contraria a la temperatura ambiente, malos olores por falta de aseo corporal
- control médico deficiente
- cierto grado de desnutrición

➤ **Maltrato sexual:**

Es el menos registrado, se da en diferentes formas, sodomía, exhibicionismo, incesto y violación.

Características de un niño abusado sexualmente

- se aísla y se observa temeroso y esquivo
- no quiere permanecer con otros niños
- presenta disturbios emocionales, es agresivo u hostil
- sentimiento de disgusto entre sus padres
- no se cambian de ropa en presencia de otras personas
- las niñas pequeñas imitan el acto sexual con muñecas
- padecen de pesadillas y temen a la oscuridad

➤ **Maltrato emocional**

No es tan evidente como el maltrato físico, pero sus secuelas son más difíciles de erradicar, drogas, abandono, rechazo (desde la vida intrauterina)

Características del niño(a) maltratado emocionalmente

- Se presenta a la escuela mucho antes del inicio de clases y al concluir éste se queda por los alrededores de la escuela
- Se observa evidencia de dolor, pero el niño(a) no se queja
- Manifiesta que siente dolor o incapacidad sin causa aparente
- Mal manejo de la agresividad
- Pasivo, aislado
- Lloran, se excitan emocionalmente con facilidad
- No hacen mención de su familia
- No confían en los demás
- Manifiestan que el niño(a) debe ser castigado severamente
- Inmaduros, dependientes, autoestima baja
- Se molestan con facilidad cuando se les critica
- Es probable encontrar en ellos problemas de alcoholismo, prostitución, enfermedad mental
- Incapaces de manejar las crisis

B. ORIENTACION VOCACIONAL

En este punto, hablaremos principalmente del Centro educativo CEDIA, Instituto Rubiano y CEFODEA

➤ **CEDIA**

Es un centro vocacional que funciona en el distrito de San Miguelito. Surgió como iniciativa del Ministerio de Educación, con el propósito de brindar ayuda a aquellas jóvenes que por una razón u otra no han podido continuar sus estudios regularmente. Dicho centro está ubicado en la entrada de Veranillo, cerca de la Lotería Nacional.

CEDIA, funciona el mismo calendario escolar que el resto de los colegios. Entre las principales actividades que se llevan a cabo tenemos:

- cursos de corte y confección
- belleza
- cocina y repostería

Entre los requisitos de ingreso para este centro podemos mencionar: record policial, autorización del padre de familia o acudiente en caso de tratarse de una menor, el pago de \$ 10.00 (diez dólares) que cubre la matrícula por el resto del año.

Estos requisitos son básicamente para este centro.

➤ **INSTITUTO RUBIANO**

El Instituto funciona con el calendario escolar.

Esta escuela brinda primer y segundo ciclo nocturno, de bachiller en comercio y

letras El estudiante interesado debe presentar su boletín del colegio anterior, certificado de buena conducta, pagar la matrícula de acuerdo a las materias que tenga por año y para todos los trámites de inscripción debe asistir personalmente

Otras escuelas que ofrecen educación nocturna son

Gastón Faraudo P (técnica), Instituto Justo Arosemena, Isabel Herrera Obaldía

Cada persona interesada debe acudir personalmente a retirar sus papeles de matrícula

➤ **CEFODEA**

Ubicado en Tinajita donde pueden recibir cursos similares a CEDIA y también académicos

Finalmente, se orientó a las adolescentes para que asistieran a sus propios centros educativos ya que de acuerdo a la ley N° 29 de 2002, de educación se garantiza la permanencia de las adolescentes embarazadas dentro del sistema educativo, y ellas pueden acercarse a la escuela y hacer valer ese derecho

C. SÍNDROME DE ESTOCOLMO DOMÉSTICO EN MUJERES MALTRATADAS

El Síndrome de Estocolmo Doméstico sería descrito como un vínculo interpersonal de protección, construido entre la víctima y su agresor, en el marco de un ambiente traumático y de restricción estimular, a través de la inducción en la víctima de un modelo mental (esquemas mentales y creencias). La víctima sometida a maltrato desarrollaría el síndrome para proteger su propia integridad psicológica y recuperar la homeostasis fisiológica y conductual.

La caracterización del síndrome vendría determinada por un patrón de cambios cognitivos, su funcionalidad adaptativa y su curso terminal como resultado de un proceso reactivo acaecido en la víctima ante la situación traumática. El proceso abarcaría cuatro fases.

- **Fase desencadenante:** las primeras palizas propinadas por el esposo romperían el espacio de seguridad previamente construido por la pareja sobre la base de una relación afectiva, espacio donde la mujer había depositado su confianza y expectativas. Esta ruptura desencadenaría en la víctima un patrón general de desorientación, reacciones de estrés con tendencia a la cronificación e incluso depresión.
- **Fase reorientación:** la mujer busca nuevos referentes de futuro y trata de efectuar un reordenamiento de esquemas cognitivos en base al principio de la congruencia actitudinal, todo ello en orden a evitar la disonancia.

entre su conducta de elección y compromiso con la pareja, y la realidad traumática que está viviendo. La mujer se autoculpa de la situación y entra en un estado de indefensión y resistencia pasiva.

- **Fase de afrontamiento:** donde asume el modelo mental de su esposo y busca vías de protección de su integridad psicológica, tratando de manejar la situación traumática.
- **Fase de adaptación:** la mujer proyecta parte de la culpa al exterior, hacia otros. El Síndrome de Estocolmo Doméstico se consolida a través de un proceso de identificación y alrededor del modelo mental explicativo del esposo acerca de la situación vivida en el hogar y sobre las relaciones causales que la han originado.

El Síndrome de Estocolmo Doméstico como un tipo de Trastorno de Adaptación

donde se producen por la incapacidad de la víctima de denunciar los hechos. Incluso en numerosas ocasiones, las denuncias por vía penal presentadas ante la autoridad judicial o policial son retiradas por las propias víctimas antes que se traduzcan en sanciones efectivas para los agresores, creándose un círculo vicioso que mantiene las agresiones y sume a la víctima en un progresivo estado de deterioro personal.

Por Andrés Montero

Sociedad Española de Psicología de la Violencia

ANEXO # 2

MATERIAL DE APOYO DENTRO DE LA TERAPIA

COGNITIVO - CONDUCTUAL

CREENCIAS IRRACIONALES BASICAS (ALBERT ELLIS, 1994)

- Los humanos adultos tienen una imperiosa necesidad de ser amados o aprobados por toda otra persona significativa en su comunidad
- Uno debe ser absolutamente competente, adecuado y exitoso en todas las cosas importantes o, caso contrario, uno es una persona inadecuada e inservible
- Las personas deben absolutamente actuar honradamente y considerablemente, y si no lo hacen, son unos villanos condenables
- Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran
- Las perturbaciones emocionales son causadas externamente y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales
- Si algo es, o puede ser peligroso o temible uno debe estar constantemente y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapié en la posibilidad de que ocurra
- Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida y es más fácil evitarlas

- Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos y uno principalmente no puede conducir su propia vida.
- Nuestra historia pasada es un importante total determinante de nuestra conducta actual y, si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida, deberá tener indefinidamente similar efecto
- Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas
- Invariablemente existe una correcta, precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar

(en Introducción a la Terapia Cognitiva, Julio Camenini, 2005)

COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA (Caballo, V. 1997)

- **Contacto Visual.** Se refiere al hecho de hacer o no contacto con las demás personas. Para ser asertivos debemos mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual puede transmitir el mensaje distorsionado como por ejemplo no nos interesa lo que la otra persona está diciendo.
- **Tono de Voz.** El tono de voz puede ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor, o por el contrario, disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva.
- **Postura.** Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero, en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado.
- **Expresión facial.** Es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral; por ejemplo cuando decimos que algo no nos gusta y que la situación nos ha hecho sentir muy mal, sin embargo nos estamos riendo.
- **Tiempo.** Es importante que sepamos el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa. Por más asertiva que sea nuestra postura, expresión facial u oral, si nos precipitamos mucho a manifestarla podemos tener

dificultades La persona asertiva sabe reconocer cuándo es el momento adecuado

- Contenido El contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos ya que distorsionan el mensaje La persona asertiva muestra respeto por los demás, por más disgustado que se encuentre

FACTORES QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN ABIERTA Y DE MANERA ASERTIVA (Kublis, 1998)

- Identificar lo que se siente, piensa y lo que se quiere
- Aceptar nuestros pensamientos, sentimientos y creencias Si no nos gustan y queremos cambiarlos, esto constituye un segundo paso Primero hay que aceptarlos
- Controlar los sentimientos que impidan la comunicación Debemos evitar que el temor o la ansiedad hagan que no podamos expresar lo que queremos decir
- Buscar el momento y la situación oportuna para decir lo que se quiere decir Ser asertivo, implica consideración hacia el otro.
- Ser específicos al expresar nuestros sentimientos, deseos o pensamientos y no interpretar los mensajes de los demás Esto significa hablar de manera clara y directa, sin ideas vagas ni ambiguas
- Una vez aclarados los sentimientos y pensamientos, es importante dar respuestas claras y concretas de manera rápida
- Comunicar lo que se entendió. Esto se refiere a transmitirle a la otra persona si se apoya o no lo que está diciendo.

LINEAS DE PRESION (ASERTIVIDAD)

- Si no haces el amor conmigo voy a creer que eres inmadura
- Anda, prueba un poquito de droga, quien no arriesga no gana
- Sólo los tontos no fuman, prueba un poquito
- Si ensayas desde ahora a hacer el amor, serás más popular entre los amigos
- Tus papás no saben lo que dicen, una emborrachadita a todos nos cae bien
- Fuma un poco, si no, voy a creer que no me tienes confianza
- Me perderás si no te acuestas conmigo.
- Todos tienen relaciones sexuales, tú eres la única que es virgen todavía
- Si fueras realmente macho te aventarías.
- Nadie usa condón, no sé por qué quieres que yo use
- Es divertido tomar riesgos, no usemos anticonceptivos
- No quieres acostarte conmigo porque eres homosexual.

LISTA DE POSIBLES PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS (Beck, 2000 en: Barrios, 2005)

- + Es desagradable. . . . pero no catastrófico
- + Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira
- + Preferiría que la situaciónfuera . . . ,pero éste no es el caso y puedo tolerarlo
- + Es difícil pero no insoportable, puedo soportarlo No es el fin de mi vida
- + Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles
- + Todos nos equivocamos Al hacerlo, no quiere decir que somos lo peor
- + Todas las personas tenemos puntos fuertes y puntos débiles.

ANEXO # 3

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**ENTREVISTA PARA LA EVALUACION DE LOS CRITERIOS CLINICOS DEL
TRASTORNO DE ADAPTACION SEGÚN DSM-IV
(ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO)**

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Escriba **si o no** en la rayita negra que aparece al lado del criterio evaluado, para señalar si éste se cumple

CRITERIO A _____

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un **estresante identificable** tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante

CRITERIO B _____

Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo

1 Malestar mayor al esperable en respuesta al estresante

- Manifestaciones de ansiedad, preocupación, humor depresivo (o una mezcla de todas ellas)
- Sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas
- Incapacidad para afrontar el futuro o de poder continuar con la situación presente
- Cierta grado de deterioro de cómo se lleva a cabo la rutina diaria
- Manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia (antisocial)

2 Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica**CRITERIO C _____**

La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II

CRITERIO D _____

Los síntomas no responden a una reacción de duelo

CRITERIO E _____

Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

ANEXO # 4

EJERCICIOS INCLUIDOS EN LA PREPARACIÓN

PARA EL PARTO PSICOPROFILÁCTICO

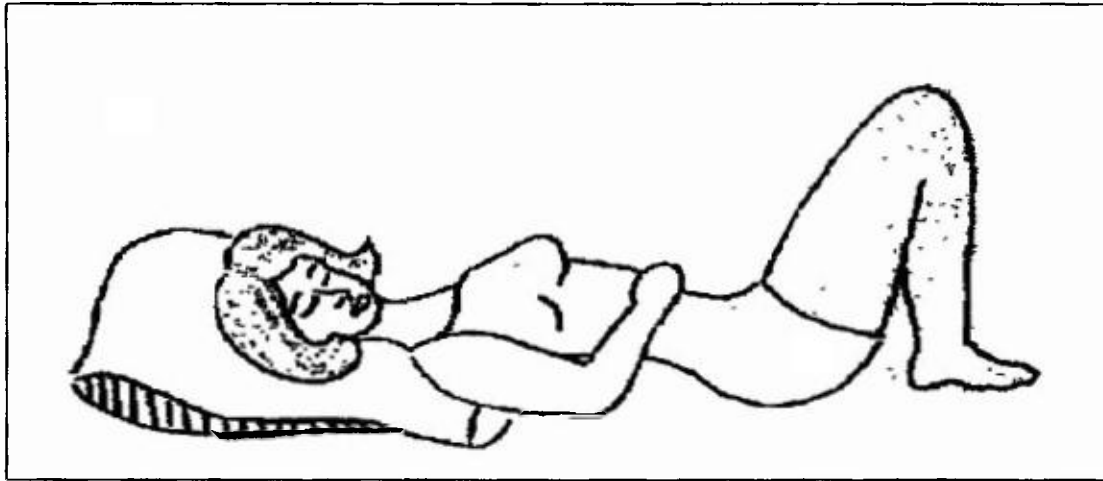
EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Fig 1 Acostada boca arriba, con las manos sobre el abdomen, aspire profundamente hasta el máximo y presione ligeramente con sus manos. Aspire tres veces en esta posición y descanse. Este ejercicio sirve para fortalecer los músculos principales de la respiración y por ende, mejorar la capacidad respiratoria.

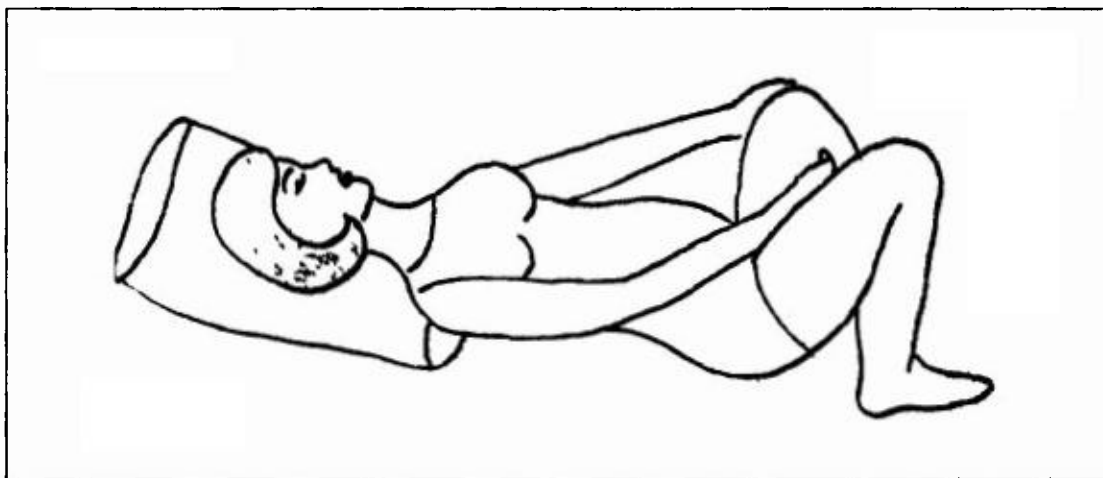


Fig 2 Coloque las manos en los costados interiores de las rodillas, obligándolas a abrirse todo lo posible. Repítase este ejercicio 5 veces. Este ejercicio sirve para fortalecer los músculos principales de la respiración y mejorar la capacidad respiratoria.

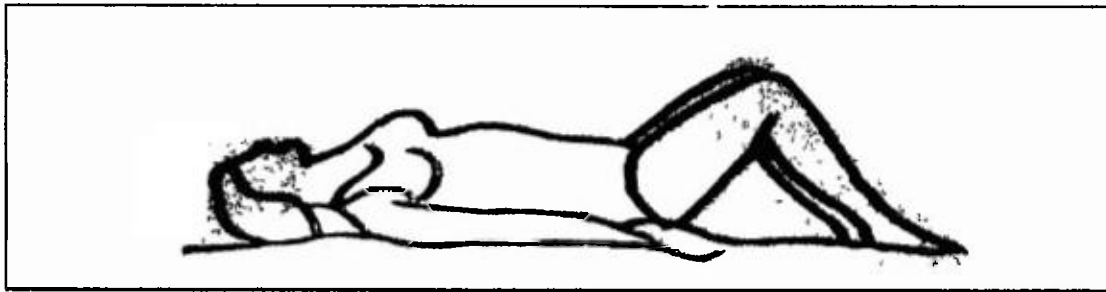


Fig 3 Posición de la mujer para realizar ejercicios de gimnasia respiratoria Inspira y expira profundamente.

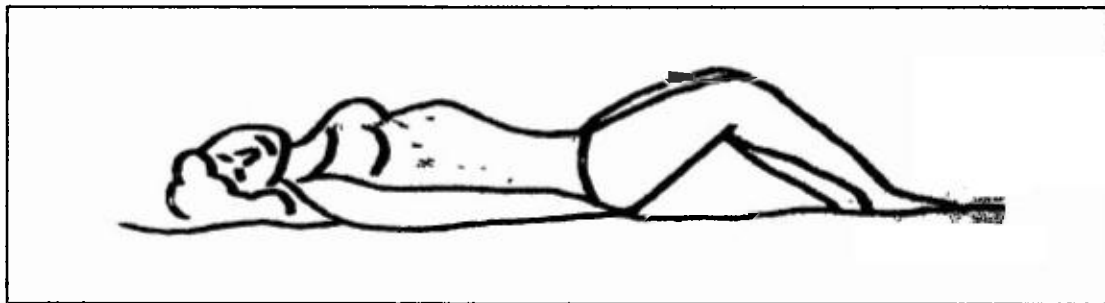


Fig 4 Respiración Costal. Con la cabeza y el cuerpo hacia un lado Inspirar y expirar en esta posición Este ejercicio sirve para aumentar la capacidad respiratoria y fortalecer el diafragma y las fibras costales

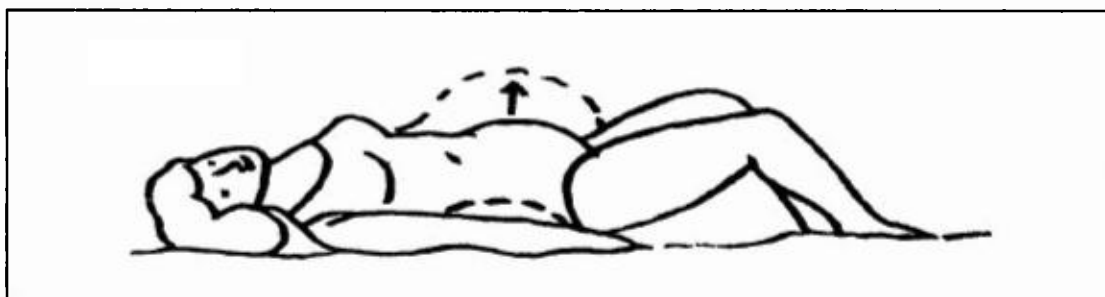
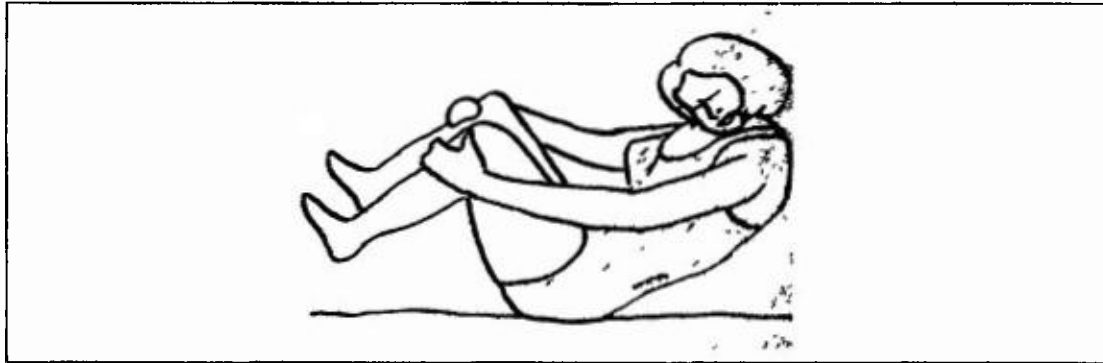


Fig 5 Respiración Abdominal.

Acostada hacia arriba con los brazos al lado del cuerpo, flexionar las rodillas a 45 grados Inspirar levantando el abdomen y expirar bajándolo Este ejercicio sirve para aumentar la capacidad respiratoria y fortalecer los músculos abdominales



Fig, 6 Respiración preparatoria para el período de expulsión

Posición acostada, donde se realizan ejercicios respiratorios para el momento del parto

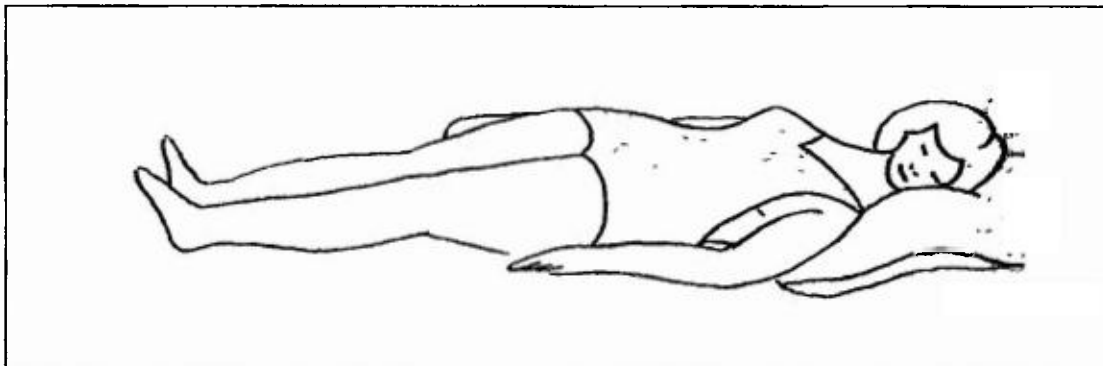


Fig 7 Brazos extendidos a los costados del cuerpo, con los codos ligeramente doblados Pies a 15 cms uno de otro

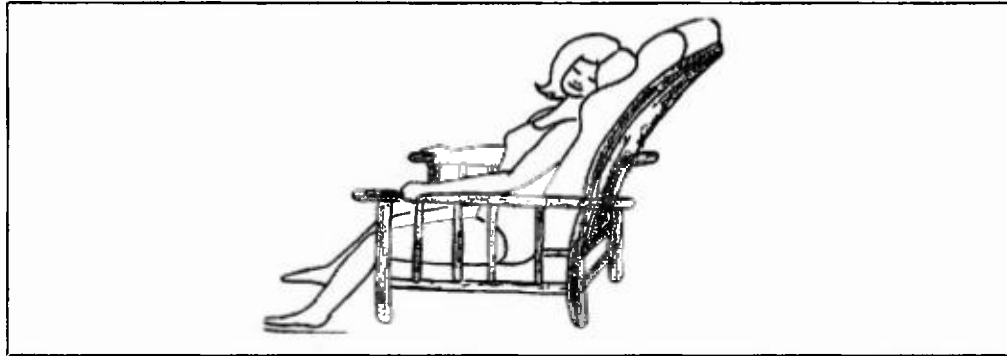
EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

Fig 8 Sentada en un sillón Pies y rodillas separadas Los antebrazos descansan a lo largo de los brazos del sillón y la cabeza hacia un lado

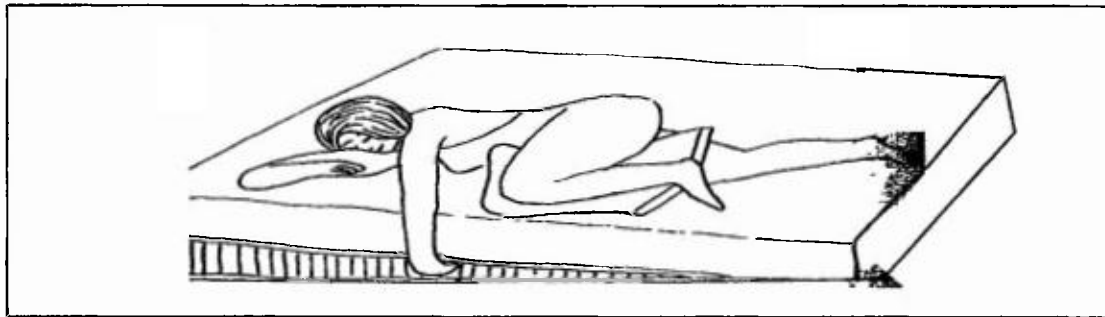


Fig 9

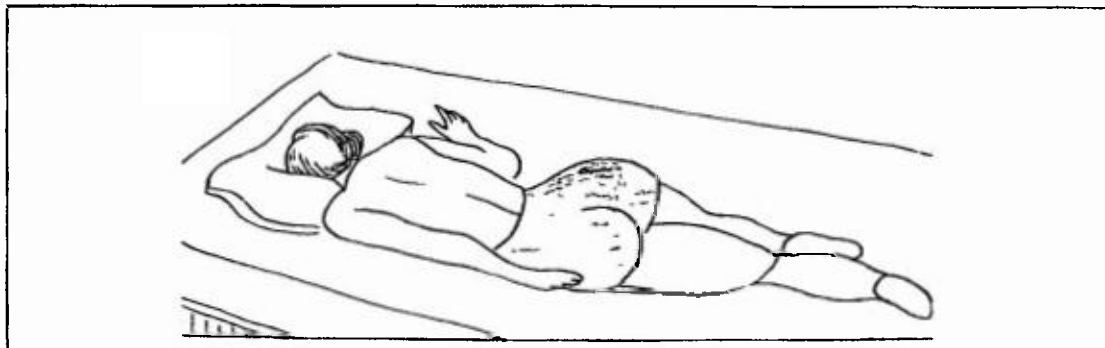


Fig 10

Figuras 9 y 10 recomendada para dormir y descansar

EJERCICIOS DE GIMNASIA

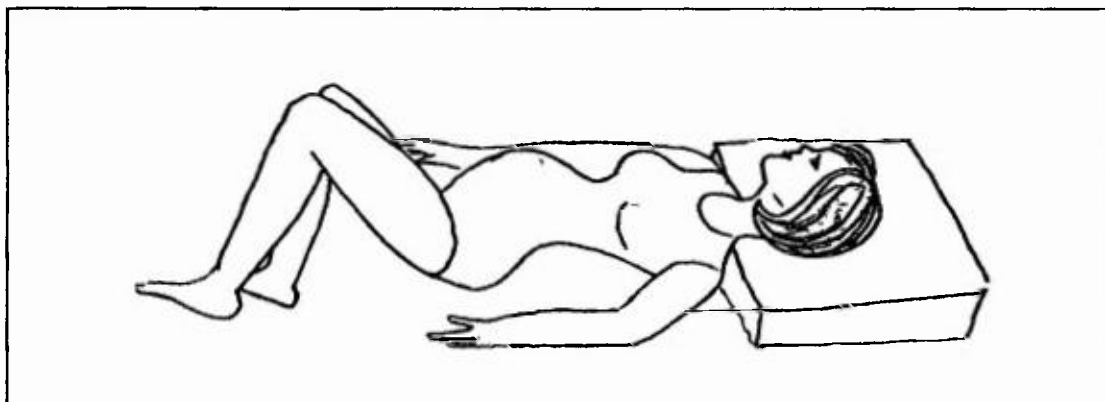


Fig 11 Balanceo de pelvis en posición acostada El propósito es aumentar la flexibilidad de las articulaciones correspondientes



Fig 12 Posición de sastre El beneficio está en una distensión de los tejidos del periné

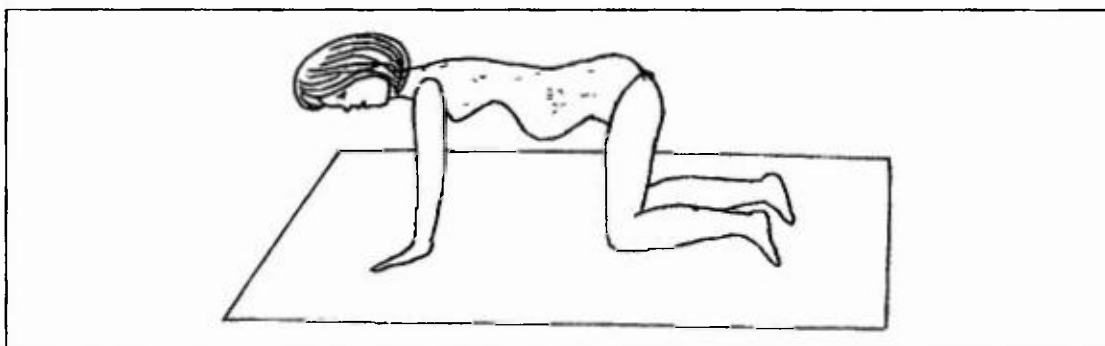


Fig 13 Balanceo de la pelvis Propósito flexibilidad de las articulaciones



Fig 14 Posición de catre o cucullas. Propósito ejercitar la cadera, músculos de los muslos y los puntos de contacto de los huesos de la pelvis.

EJERCICIO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO



Fig 15 Posición de parto

Se forma un ángulo de 40° a 45° con respecto a la superficie del piso. Se sostienen las rodillas con las manos. Abrir bien las rodillas.

ANEXO # 5

PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL: UN ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL (SESIONES DEL TRATAMIENTO)

**PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL: UN ABORDAJE COGNITIVO
CONDUCTUAL
(SESIONES DEL TRATAMIENTO)**

Se trata de una intervención terapéutica cognitivo-conductual en grupo para el manejo del estrés y de la ansiedad en 10 adolescentes embarazadas. Consta de 15 sesiones, de dos horas y media cada una, dos veces a la semana. Tanto la terapia cognitiva-conductual como el entrenamiento en técnicas de afrontamiento surgieron cuando Ellis (1958, 1952 y 1975) y Aaron Beck (1963, 1970, 1971 y 1976) comenzaron a contemplar los procesos cognitivos de los pacientes y la identificación de tales procesos como un aspecto crucial para el progreso terapéutico (citados por Jaén, 1998). De igual manera se incorporan otras técnicas como tareas para casa, ejercicios de relajación, ensayos conductuales como parte del tratamiento.

Por otro lado, el Programa de Apoyo Psicosocial fue elaborado en el año de 1990 y puesto en práctica en dos centros de salud de la región de salud de San Miguelito, ofreciendo buenos resultados. De allí se utilizaron algunas sesiones por miembros del equipo de salud de otros centros de salud que tuvieron conocimiento del mismo, posterior a este estudio.

Este programa se inició en un ambiente de salud pública y puede ser utilizado en el ámbito de la salud mental dentro de Hospitales y Centros de Salud. El espacio debe ser amplio para permitir la actividad en grupo y que haya privacidad. No se requiere de materiales costosos.

Durante todas las sesiones se llevaron a cabo dinámicas de grupo, algunas de las cuales aparecen en el anexo, además de las dinámicas de relajación que incluían ejercicio de respiración y de gimnasia para el parto

Los módulos de trabajo están divididos de la siguiente manera

❖ **Módulo 1: Reestructuración Cognitiva** (sesión de 1 a 4)

Este módulo tiene como propósito enseñar a las adolescentes embarazadas otras formas de pensar y percibir los eventos, como una forma alternativa para manejar el estrés que conlleva el estar embarazadas, por primera vez, siendo menores de edad, así como la ansiedad resultante de ésta condición, generando cambios en su conducta para que esta sea más adecuada y adaptativa

Las formas disfuncionales de pensar, serán reemplazadas por pensamientos más positivos, que den lugar a respuestas emocionales y conductuales más racionales

Se definen conceptos básicos como pensamientos automáticos, disfuncionales, distorsiones cognoscitivas, ideas irracionales

Se les explica a las adolescentes que detrás de sentimientos negativos como la culpa, ansiedad, depresión, ira, vergüenza, se esconde un pensamiento negativo o distorsionado, y que es el pensamiento distorsionado y no el hecho objetivo el causante del estado de ánimo. Por lo que surge la necesidad de corregir dicho pensamiento. Se les

explica también que un pensamiento se toma irracional cuando no se puede verificar con la realidad y provoca emociones desmesuradas que no son cónsonas con el evento que ha iniciado el pensamiento, y que estos pensamientos distorsionados están tan incrustados en su estilo cognitivo que acaban por automatizarlos, es decir, son pensamientos que surgen rápido y que en la mayoría de las ocasiones no llegan a la consciencia, pero que sí determinan nuestras reacciones y que para manejarlos debemos reconocerlos, porque los mismos se han aprendido a edades muy tempranas en la vida

En esta parte podemos dar y pedir ejemplos. Se describen situaciones problemas y los pensamientos que le acompañan para que identifiquen si son inadecuados o no. Adicional, se entrega la lista de pensamientos distorsionados para discutirlos en grupo y hacer tareas para la casa

❖ **Módulo 2: Técnicas de afrontamiento.** (sesión 5 a 7)

Se inicia la sesión explicando ¿qué es el estrés?, y las causas que pueden generarlo.

Se les explica a las adolescentes que el estrés es un factor que mueve al individuo a superar obstáculos. Lazarus y Folkman (1977) citados por Reynoso y Seligson, 2005, señalan que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que una persona posee o que incluso los exceden, o bien, son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato.

Se explica además, que las causas del estrés son diversas para las personas. Así tenemos que pueden deberse a las presiones laborales, escolares, económicas, ya sea en la relación de pareja o dentro de la familia, por alguna enfermedad, dinero, relaciones interpersonales, y la manera como la persona evalúa la situación, producirá o no respuesta al estrés. La discrepancia entre las demandas percibidas (sean internas o externas, metas o retos) y la forma como el individuo perciba sus posibles respuestas frente a esas demandas, generarán estrés y consecuentemente tendrán un impacto sobre su salud. El estrés se producirá si se presenta un desequilibrio entre la demanda y los recursos personales (emocionales, intelectuales) para superarla (Lazarus y Folkman, 1984 en Barrios, 2005).

Para responder al estrés se requiere que la persona aprenda una serie de técnicas para manejarlo. De aquí que se presentan las técnicas de afrontamiento. Entendiendo por afrontamiento, que es un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales evalúa como estresantes, y las emociones que ellas generan (Reynoso y Seligson, 2005). El afrontamiento se refiere a los esfuerzos que el individuo se ve precisado a hacer para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado.

En otras palabras, las habilidades de afrontamiento son consideradas, no sólo como una respuesta ante los estímulos estresantes inevitables, sino

también como un proceso activo que funciona evitando que las interacciones persona-ambiente se vuelvan demasiado estresantes (Caballo, V 1991 En: Simón, 1993)

En este sentido, el afrontamiento puede dirigirse hacia la emoción o hacia el problema que lo causa. De acuerdo a lo anterior, podemos mencionar dos tipos de afrontamiento

- **Afrontamiento dirigido a la emoción:** consiste en procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como evitación, distanciamiento, minimización, atención selectiva, extracción de valores positivos de acontecimientos negativos Este tipo de afrontamiento va dirigido a conservar la esperanza y el optimismo

- **Afrontamiento dirigido al problema** Es un conjunto de estrategias dirigido a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la elección y aplicación de las estrategias. Se buscan estrategias tanto para el ambiente como para la persona

Es importante que además de contar con los recursos personales para afrontar las situaciones, el individuo posea las habilidades para aplicarlos a las distintas demandas del ambiente Los recursos que pueden utilizar las personas para afrontar las situaciones estresantes pueden ser salud, creencias positivas, técnicas para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales

En este punto recordamos, que enseñar a una persona a comportarse de manera diferente para reducir el estrés, no es suficiente si la conducta está en conflicto con alguna creencia o valor del individuo (Reynoso y Seligson, 2005).

Para enseñar las técnicas de afrontamiento se dan ejemplos, se hacen preguntas y se piden ejemplos. Se les presentan diversas actividades o ejercicios para evaluar su capacidad de afrontamiento. Una de estas actividades, consiste en practicar cómo ocurre el proceso de afrontamiento. Primero, deben evaluar una situación (considerar la misma como positiva, negativa o neutra). Luego deben expresar los pensamientos o emociones que se generan. Posteriormente, se revisa el contexto de la situación (ambiente social, familiar, el tiempo), se pide que se evalúe la capacidad de control (recursos con que cuentan). Se les aclaran las estrategias que utilizaron, tomando en cuenta si hay dudas o cuáles pudieron ser más adecuadas, y después se miden los resultados y se determina cuánto habría que mejorar.

Ejemplo:

Situación / Pensamiento-Emoción/	Contexto/	Recursos/	Estrategias/	Resultados
_____	_____	_____	_____	_____

Situación: estar embarazada siendo adolescente.

Otra actividad consiste en presentar pensamientos perturbadores o distorsionados en cuadros para completar, sobre situaciones que pueden o no ser modificadas

Ejemplo

Pensamiento todo/nada Situación	Argumento irracional	Argumento racional
Soy una mala persona, por eso todo me sale mal	Como no soy buena persona, me he quedado sola con mi embarazo	Soy buena persona, a pesar que el padre de mi hijo me abandonó y tengo que ser responsable sola por mi embarazo

❖ **Módulo 3: Entrenamiento en Habilidades Sociales** (sesión 8 a 10)

Se inicia explicando a las participantes que el entrenamiento en Habilidades Sociales, se refiere a la capacidad propia para interactuar con otras personas de forma efectiva en diversas situaciones sociales (Corey, 2005)

Las habilidades sociales pretenden generar conducta asertiva, que es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos, el propósito de este aprendizaje es facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio; además de beneficiar a las adolescentes en su vida. Primero, genera en la persona un mayor sentimiento de bienestar. Segundo, la persona será más capaz de lograr recompensas sociales significativas, obteniendo mayor satisfacción en la vida (Rimm y Masters, 1988)

A través del entrenamiento asertivo se ponen en práctica las conductas desarrolladas en base a los cambios cognitivos, ya que apoyan un funcionamiento interpersonal más efectivo en aquellas personas que son

muy pasivas o agresivas, y se les enseña también la diferencia entre comportamientos no asertivos como pasividad y agresividad, y la conducta asertiva.

Por otro lado, se explica a las adolescentes cada uno de los componentes de una conducta asertiva y se les da una lista para que las practiquen en casa

Los componentes de una conducta asertiva propuesta por Caballo V, 1997 citado por Barrios, 2005, son los siguientes

- contacto visual
- tono de voz
- postura
- expresión facial
- tiempo
- contenido

Además, se les presentan las características de una persona asertiva, de acuerdo a Aguilar Kubli y Flores Galaz (1989), citados por Pick y otros, en 1997

La persona asertiva

- + ve y acepta la realidad
- + actúa y habla en base a hechos concretos y objetivos

- + toma decisiones por voluntad propia
- + acepta sus errores y sus aciertos
- + utiliza sus capacidades personales con gusto
- + no siente vergüenza de usar sus capacidades personales
- + es autoafirmativa, siendo al mismo tiempo gentil y considerada
- + no es agresivo
- + puede madurar, desarrollarse y tener éxito sin resentimientos
- + permite que otros maduren, se desarrollen y tengan éxito

Las sesiones incluyen ejercicios que entrenan en conducta asertiva como sería aprender a responder clara y rápidamente ante la presión de los demás. Aprender a hablar en primera persona utilizando la palabra Yo y a expresar los deseos, pensamientos y sentimientos utilizando la palabra Yo

Para el ejercicio anterior llenarán cuadros sobre frases vagas y responderán con una frase clara que muestre la conducta asertiva

Ejemplo

Expresión poco asertiva (vaga):

No estoy tan segura que sea buena idea tener relaciones sexuales

Expresión asertiva (clara)

Yo no quiero tener relaciones sexuales contigo

Por otro lado, dentro del entrenamiento asertivo también se utilizarán otras técnicas tales como el ensayo de conductas

Esta técnica requiere que el paciente y el terapeuta representen

interacciones personales pertinentes. La mayoría del tiempo el terapeuta se comporta como la persona importante en la vida del paciente, como pueden ser sus padres, jefes, pareja; mientras que el paciente se mantiene siendo él mismo. Teniendo que hacer la representación la persona (paciente) generalmente inicia con la conducta que le es típica ante tal situación. El terapeuta responde de acuerdo a su papel y hace que la respuesta del paciente sea concordante con la situación.

La finalidad del ensayo de conductas es preparar a los participantes (en este caso las adolescentes embarazadas) para ejecutar las conductas deseadas fuera del grupo. Las nuevas conductas se practicarán en un contexto seguro que simule el mundo real.

El ensayo de conductas puede ser considerado como un proceso gradual de modelado y es una técnica útil para el aprendizaje de habilidades sociales (Corey, 2005). Goldfried y Davidson (1976) citados por Corey (2005), añaden que el feedback es un mecanismo útil para el cambio durante los ensayos de la conducta.

Se le presenta a las adolescentes que participan en el tratamiento ejemplos alusivos a esta técnica, como el siguiente.

La adolescente debe hacer valer su derecho para recibir clases regulares en su plantel educativo, pero una de las profesoras le dice que no es necesario que asista a la escuela, ya que puede recibirlas por módulo y una vez al mes.

Entonces se ensaya con las adolescentes la forma asertiva de comunicar su inquietud y hacer valer su derecho

❖ **Módulo 4: Programa de Apoyo Psicosocial** (sesión 11 a 15)

En este módulo se explica a las adolescentes temas relacionados con el embarazo y el bebé que están esperando

La relajación es una de las principales estrategias de intervención, por lo que se viene practicando desde las primeras sesiones; y su utilidad es variada porque sirve para tratar enfermedades como cáncer, hipertensión, para manejar el dolor, el estrés, para reducir la ansiedad y no sólo desde una perspectiva fisiológica, sino también afectiva y cognitiva, y se le conoce como la “aspirina de la medicina conductual” (Reynoso y Seligson, 2005)

Para trabajar relajación con las adolescentes se tomarán en cuenta ejercicios básicos que se incluyen en la preparación para el parto psicoprofiláctico. Entre esos se encuentran ejercicios sencillos de respiración, relajación, gimnasia, ejercicios de fortalecimiento neuromuscular y de preparación para el parto.

SESIONES DEL TRATAMIENTO

SESION 1

Fecha 11 de octubre de 2008

Hora 9 00 a m – 11 30 a m

Contenido de la sesión:

- a Explicar en qué consiste el tratamiento Cognitivo Conductual
- b Impartir información sobre el Programa de Apoyo Psicosocial a las adolescentes embarazadas
- c Reestructuración Cognitiva
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión

a. Explicar en qué consiste el tratamiento Cognitivo Conductual

Se le explica a las adolescentes embarazadas que participan del estudio que el tratamiento cognitivo-conductual señala que las percepciones que tienen las personas de los sucesos o eventos influyen sobre la conducta, pensamientos y emociones de las personas. Les indicamos que a veces la manera cómo se interpretan los eventos, más que el evento mismo, es lo que a menudo influye sobre nuestras emociones, comportamientos y pensamientos (Beck 1964, Ellis, 19462) en Beck, 2000, citado por Barrios 2005.

Se les indica a las adolescentes que piensen en una situación cualquiera que deben describir a nivel de pensamiento, sentimiento y conducta y se les da el

siguiente ejemplo como parte de su dieta las adolescentes deben comer plátanos verdes para aumentar el hierro en su sangre y mantener su hemoglobina en el nivel apropiado

Entonces se generan distintos pensamientos en las personas. La persona X podría decir, a nivel cognitivo comer plátanos verdes me parece bien, porque yo no voy al centro y no consigo las vitaminas que dan allí A nivel emocional que bien, eso me gusta, me alimento y alimento a mi bebé A nivel de comportamiento la adolescente se alimenta con plátanos verdes cada vez que puede

La persona Y podría decir, a nivel cognitivo no voy a comer plátanos verdes porque mi abuela dice que los niños salen manchados A nivel emocional temor, desconfianza. A nivel de comportamiento no seguir la sugerencia, a pesar de saber que ella no asiste al centro de salud y no puede recibir las vitaminas que les dan

Se explica a las participantes que la terapia conlleva cambio en la forma de pensar e interpretar los estímulos, pero es muy importante que la persona quiera el cambio

También se enseña a las adolescentes la importancia de ir controlando el estrés y la ansiedad generada por el embarazo y su nueva situación de vida ser adolescentes y estar embarazadas por primera vez

b. Explicar en qué consiste el Programa de Apoyo Psicosocial

Programa que se brinda con el propósito de preparar a la persona psicológica y socialmente de tal manera que pueda lidiar más fácilmente con la ansiedad,

temores, y que pueda ser orientada y encuentre alguna solución a los problemas que puedan llegar a producir desajustes en ella

c. Reestructuración cognitiva. es una técnica dentro del tratamiento cognitivo-conductual que pretende que las personas cambien sus pensamientos distorsionados por unos más funcionales y adaptativos, ya que nuestros pensamientos negativos son la consecuencia de un estilo cognitivo distorsionado, un estilo cognitivo distorsionado es la forma cómo se ve e interpreta el mundo, el futuro y nuestro propio yo desde un punto de vista irracional, es decir que no corresponde a la realidad

Se les entrega una lista de los pensamientos distorsionados más comunes, para que los lean, se familiaricen con ellos y puedan manejarlos para ir modificando su forma de pensar.

Le enseñamos a las adolescentes a detenerse y pensar en una situación que las hace sentir mal y a identificar el pensamiento que le antecedió

En esta sesión, se quiere que las adolescentes comprendan que las personas tienen ideas irracionales que alteran la forma de pensar y sentir y que muchas de ellas se fijan desde la infancia, pero que pueden ser modificadas En esta parte, se dan ejemplos a las adolescentes sobre lo que decimos y anotamos algunos de esos ejemplos

- ¡Estoy embarazada!, ¿Qué va a ser de mí? Jamás podré superar esta desgracia Estoy acabada Me quedé sola en el mundo.

- ¡Mi pareja me abandonó!, No es justo, sin él no merece la pena seguir viviendo, me quiero morir
- Soy una tonta, una inútil.
- Las personas no me van apreciar porque metí la pata
- Ahora los profesores van a creer que yo no sirvo para nada
- La directora es mala, me dijo que no podía seguir el curso regular en la escuela, sino que debía estudiar por módulos

Naturalmente, se les explica a las adolescentes que ante acontecimientos claramente negativos es lógico que la persona experimente emociones negativas, pero que lo fundamental sería dar la interpretación más adecuada posible para que no interfiera con nuestros sentimientos y conducta

Como parte del entrenamiento, se presentan a las adolescentes ejemplos de pensamientos irracionales y se les pide que los modifiquen por otros que no los sean

Esto nos sirve para ir introduciendo aspectos del Programa de Apoyo Psicosocial, utilizando las técnicas del tratamiento cognitivo-conductual, ya que deben aprender a manejar el estrés que les acarrea el embarazo mismo y se espera que disminuyan los síntomas de ansiedad derivados de esta condición

d. Tarea para la casa

Se le entrega a cada adolescente un cuaderno donde deberán registrar las tareas que se les asignen durante todo el tratamiento. En esta ocasión, van a

escribir por lo menos dos pensamientos, emoción, comportamiento y respuesta fisiológica. Se les explica qué es lo que se quiere obtener.

- 1 Deben imaginarse dos situaciones desagradables ocurridas en la última semana
- 2 ¿Qué pensaban mientras eso estaba ocurriendo?
- 3 ¿Cómo se sentían en ese momento y después del hecho?
- 4 ¿Experimentaron alguna sensación en el cuerpo?

Se les explica que deben leer la lista de pensamientos distorsionados e intentar reconocer con cuál o cuáles de ellos se identifican

e. Cierre de la sesión

Para finalizar la sesión se les reitera a las adolescentes que el programa no tiene costo alguno para ellas, y que deberán trabajar en grupo. Se les recuerda el horario, la importancia de asistir a las sesiones, así como los objetivos del tratamiento. Se hace énfasis en cómo el cambio en la forma de pensar puede ayudarlas a manejar adecuadamente el estrés del embarazo y la ansiedad que se deriva de esto, y que se espera que aprendan a vivir lo más cómodamente ante el hecho de estar embarazada y ser una adolescente.

SESION 2

Fecha 14 de octubre de 2008

Hora 12 00 p m a 2 00 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Cosme y Damián se hacen conocidos”
- b Revisión de la tarea
- c Reestructuración Cognitiva
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión “ejercicios de relajación, respiración y gimnasia para el parto psicoprofiláctico”

Desarrollo de la sesión**a. Dinámica de grupos: “Cosme y Damián se hacen conocidos”**

Se forman subgrupos de a dos y se orienta a todas para que durante cinco a diez minutos, procuren hacer un trabajo de conocimiento mutuo. En esta entrevista deben procurar conocerse, evitando los llamados datos demográficos (lugar de nacimiento, dirección), sino más bien enfocar las características personales de cada una.

Después de diez minutos se forma un círculo mayor, y cada participante deberá presentar a su compañera del grupo de a dos. Quien presenta primero estará de pie, detrás de la persona que va a ser presentada, utilizando al hablar la primera persona, como si ella misma fuera la que se presentara.

Al final de la dinámica, el facilitador pregunta cómo se sintió cada una durante el ejercicio

b. Revisión de la Tarea

Procedimos a la revisión de las tareas, y se les pide a las adolescentes que de forma voluntaria expliquen si tuvieron alguna dificultad para hacer la tarea y qué les pareció la experiencia

c. Reestructuración Cognitiva

Se les explica a las adolescentes que ésta es una técnica dentro del tratamiento cognitivo-conductual que pretende que las personas cambien sus pensamientos distorsionados por unos más funcionales y adaptativos, ya que nuestros pensamientos negativos son la consecuencia de un estilo cognitivo distorsionado, y se les recuerda que un estilo cognitivo distorsionado es la forma cómo se ve e interpreta el mundo, el futuro y nuestro propio yo desde un punto de vista irracional, es decir que no corresponde a la realidad.

Explicamos que los pensamientos negativos o distorsionados son autodestructivos, nos encierran en un dolor recurrente e innecesario, nos limitan para superar las dificultades, aceptamos a nosotros mismos y mirar el futuro con esperanza.

Se les entrega una lista de los pensamientos distorsionados más comunes, para que los lean, se familiaricen con ellos y puedan manejarlos para ir modificando su forma de pensar. Le enseñamos a las adolescentes a detenerse y pensar en

una situación que las haga sentir mal y a identificar el pensamiento que tuvieron en ese momento

En esta sesión, se quiere que las adolescentes comprendan que las personas tienen ideas irracionales que alteran la forma de pensar y sentir. Muchas de las ideas irracionales se fijan desde la infancia, pero que pueden ser modificadas. Damos ejemplos a las adolescentes sobre lo que se explicó y anotamos algunos de esos ejemplos

- ¡Estoy embarazada!, ¿Qué va a ser de mí? Jamás podré superar esta desgracia. Estoy acabada. Me quedé sola en el mundo.
- ¡Mi pareja me abandonó!, No es justo, sin él no merece la pena seguir viviendo, me quiero morir
- Soy una tonta, una inútil
- Las personas no me van a apreciar porque metí la pata
- Ahora los profesores van a creer que yo no sirvo para nada
- La directora es mala, me dijo que no podía seguir el curso regular en la escuela, sino que debía estudiar por módulos

Naturalmente, se les explica a las adolescentes que ante acontecimientos claramente negativos es lógico que la persona experimente emociones negativas también, pero que lo fundamental sería darle la interpretación más adecuada posible para que no interfiera con nuestros sentimientos y conducta. Como parte del tratamiento, se presentan ejemplos de pensamientos distorsionados y se les pide que los modifiquen por otros que no lo sean.

Esto nos sirve para ir introduciendo aspectos del Programa de Apoyo Psicosocial propiamente, ya que se pretende que al implementar el contenido del mismo, utilizando las técnicas del tratamiento cognitivo-conductual, se observe mejoría en las adolescentes, ya que deben aprender a manejar el estrés que les acarrea el embarazo mismo y se espera que disminuyan los síntomas de ansiedad derivados de esta condición

d. Tarea para la casa

Se entrega a las adolescentes una lista sobre creencias irracionales básicas para que lean en casa. Deben escribir en su cuaderno de tarea con cuál de estas creencias se identifican.

e. Cierre de la sesión

Finalmente, se cierra la sesión con ejercicios de relajación, respiración y gimnasia para el parto psicoprofiláctico.

SESION 3

Fecha 18 de octubre de 2008

Hora 9 00 a m -11 30 a m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Dar y recibir aprecio”
- b Revisión de la tarea
- c Reestructuración Cognitiva
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión**a. Dinámica de grupo: “Dar y recibir aprecio”.**

Sentadas en círculo, deben dejar suficiente espacio para que una persona se siente en el centro cómodamente. La persona que está en el centro debe guardar silencio, entonces la persona ubicada a la izquierda del espacio vacío ocupado por quien ahora está en el centro del círculo comenzará a decirle tres o cuatro cosas que aprecia en ella, y todas deben decir cosas que aprecien de la persona que está en el centro del círculo

Se turnarán de igual manera y el propósito de la dinámica es que se generen sensaciones positivas y mucha confianza entre las participantes

b. Revisión de la Tarea

Se revisa la tarea, solicitando a las adolescentes que expliquen si se identificaron con alguna de las creencias irracionales que se encontraban en la lista, y comenten qué les pareció esa información, además de exponer algún ejemplo

c. Reestructuración Cognitiva

Se continuó con el material alusivo a las creencias irracionales y explicamos que estas creencias o ideas se establecen desde la infancia y guardan relación con nosotros mismos, los demás y el mundo

Se tomó de Ellis, (1994) en: Camerini 2005, el hecho que se reconoce en las creencias irracionales la influencia de la cultura, de los padres u otros parientes, en cuanto a la transmisión de valores, metas y normas que dan pie a esas creencias

Además, se les explicó que así como esas creencias se habían aprendido podían desaprenderse

Para afianzar el aprendizaje hicimos un ejercicio individual que requería que las adolescentes identificaran si la creencia disfuncional que se presentaba tenía relación con ellas, con los demás, o con el mundo

Ejemplos

- Todos me desprecian, más me valdría no haber nacido (en relación con los demás)
- He tirado mi vida a la basura, soy una fracasada (en relación consigo mismo)
- La vida es difícil, no hay justicia social (en relación con el mundo)

Luego de forma voluntaria se inicia la discusión en grupo. Para conocer cuáles son los pensamientos disfuncionales y la creencia irracional en cada caso. Se solicita a las participantes que mencionen algunas emociones negativas que surgen de estos pensamientos e intenten ubicar esa emoción en su cuerpo, por ejemplo en la cabeza, manos, estómago, garganta.

Entre las emociones negativas, que se mencionaron se encontraban tristeza, soledad, desdicha, ansiedad, preocupación, tensión, temor, irritabilidad, decepción y vergüenza.

d. Tarea para la casa

Se indica a las adolescentes que deben completar el cuadro con un pensamiento distorsionado, la creencia irracional nuclear y la emoción que genera. Para esta actividad deben imaginar alguna situación relacionada con estar embarazada en este momento.

Pensamiento distorsionado	Creencia irracional	Emoción negativa

e. Cierre de la sesión

Finalizamos con ejercicios de respiración y gimnasia para el parto psicoprofiláctico (ver anexo).

SESION 4

Fecha 21 de octubre de 2008

Hora 12 00 p m a 2 00 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “El Espejo”
- b Revisión de la tarea
- c Reestructuración Cognitiva y Técnicas de afrontamiento
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión

a Dinámica de grupo “El Espejo”

Imagine ahora que está en un cuarto muy oscuro. Todavía no puede ver nada, pero hay un gran espejo frente suyo. A medida que el cuarto se vaya iluminando, estará en condiciones de ver una imagen suya reflejada en el espejo. Finalmente, está en condiciones de verla completamente. ¿Cómo es esa imagen? ¿Cómo se mueve? .. ¿Cómo es su expresión facial? ¿Cuál es la actitud de esta imagen?... ¿Cómo se siente? ¿Cómo piensa?

Se les pide a las participantes que permanezcan tranquilas y a la cuenta de cinco podrán abrir los ojos y comentar que les pareció la dinámica.

b. Revisión de la Tarea

Se preguntó a las adolescentes quién deseaba exponer su ejemplo, y si les había sido fácil realizar la tarea solicitada. Se pidió al resto del grupo que escuchara con atención y luego se harían algunos comentarios de ser necesarios.

c. Técnicas de Afrontamiento

Comenzamos con el tema estrés y les explicamos a las adolescentes que el estrés visto sanamente es un factor que moviliza a las personas para que permanezcan alerta y realicen sus actividades diarias. Las impulsa a alcanzar las metas que se han propuesto y hacer frente a los retos.

No obstante, el estrés que nos preocupa es aquel derivado de situaciones tan tensas para la persona por lo que debe utilizar todos los recursos disponibles, y a veces no son suficientes, para enfrentarse a las demandas (externas o internas al individuo), las cuales pueden ser mayores a la capacidad de respuesta que tenga el individuo. Es decir, el estrés se producirá si hay un desequilibrio entre las demandas y los recursos personales para superarlos. Debido a este desequilibrio surge la necesidad de utilizar técnicas de afrontamiento, que vienen a representar los esfuerzos que realizará la persona para manejar la situación estresante. También se considera necesario que las adolescentes comprendan que existen situaciones que pueden ser modificadas y otras no, y que debemos aprender a vivir con ellas de la mejor forma posible, y que la forma de afrontar el problema va a depender de si éste puede modificarse o no.

Se explica también que existen dos tipos de afrontamiento:

- Dirigido a la emoción implica la evitación, distanciamiento, extracción de valores positivos de acontecimientos negativos,

-evitación la persona minimiza la amenaza, espera que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través de las drogas y el alcohol No afronta el problema, lo evita.

-valores positivos de acontecimientos negativos la persona piensa positivamente sobre los problemas y cómo resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar el estrés y la ansiedad (Barrios, 2005)

- dirigido al problema comprende definición del problema, alternativas de solución y la aplicación de estrategias como evitación, distanciamiento, fuga geográfica (cambiar de residencia, mudarse para otra comunidad) Y para finalizar la charla se les presentan a las adolescentes algunos ejemplos de situaciones que no pueden ser modificadas

d. tarea para la casa

Se asigna tarea para la casa, las adolescentes deben leer la lista de pensamientos alternativos de Beck J (2000) en Barrios 2005 (ver anexo)

e. Cierre de la sesión:

Finalmente se cierra la sesión con una dinámica de relajación preparatoria para el parto

SESION 5

Fecha 25 de octubre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 a m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Carrera con números”
- b Revisión de tarea
- c Técnicas de afrontamiento
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión

a. Dinámica de grupo “Carrera con números”.

Se organizan dos equipos con igual cantidad de números, Es decir ambos equipos tendrán números de 1 a 5 Deberán estar atentas a las instrucciones, ya que se dictarán números y ellas deberán correr para formar el número solicitado, de modo que estos puedan ser leídos correctamente.

Ejemplo 153

Las adolescentes de ambos grupos tienen los mismos números, entonces ellas deben buscar las posiciones exactas que permitan leer el número dictado Los números se construyen en cartulina

b. Revisión de Tarea

Se revisa con las adolescentes la lista de pensamientos alternativos

c. Técnicas de Afrontamiento

Se presenta un ejercicio para poner en práctica lo aprendido hasta el momento

Las adolescentes pueden utilizar para este ejercicio, todo lo aprendido sobre reestructuración cognitiva (distorsiones cognitivas que conocen, creencias

irracionales), deben mencionar las emociones que se generan a partir del pensamiento disfuncional, proponer pensamientos alternativos y más adaptativos (pueden apoyarse en la lista revisada anteriormente), y las conductas que se derivan de esta nueva forma de pensar

Situación 1

Candy está embarazada y debe pedir al papá de su bebé que le de ayuda prenatal, pero tiene miedo que él se niegue y trate de pegarle, aunque nunca ha intentado hacerlo antes

Distorsiones cognitivas (maximización, minimización, error del adivino, filtro mental, otros)

Creencia irracional nuclear

Emociones que se generan

Pensamientos alternativos

Nueva conducta

Una vez efectuada la actividad se discute en grupo las respuestas y las adolescentes pueden emitir sus opiniones

Algunas de las adolescentes tomaron notas de los pensamientos alternativos y las nuevas conductas que explicaron sus compañeras

d. Tarea para la casa

Deben escribir en sus cuadernos un problema que tengan actualmente y cómo creen que pueden resolverlo, utilizando el esquema practicado durante la sesión

e. Cierre de la sesión

Se finaliza la sesión con los ejercicios de relajación y de gimnasia para el parto

SESION 6

Fecha 28 de octubre de 2008

Hora 12 00 p m a 2 30 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Invirtiendo Características Dominantes”
- b Revisión de la tarea
- c Técnica de afrontamiento (resolución de problemas)
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión

a. Dinámica de grupo “Invirtiendo Características Dominantes”

Se solicita a las participantes que cierren los ojos y piensen en dos o tres características (adjetivos) para describir cómo son, dos o tres palabras que mejor expresen su opinión de ustedes mismas como personas. Tomen unos segundos en decidir cuáles serán sus palabras. Piensen ahora en los opuestos de esas palabras. Conviértanse ahora en una persona que tiene esas características opuestas. Descríbanse ustedes mismas. ¿Cómo son? ¿Cómo se sienten siendo esa persona?.. ¿Cómo es su vida?... ¿Qué le gusta o disgusta de ser esa otra persona?. Utilicen un tiempo en pensar cómo sería ser ese tipo de persona.

Ahora sean ustedes mismas nuevamente y compartan con el grupo la experiencia de ser esas dos personas.

b. Revisión de la Tarea

Se revisa la tarea y se piden voluntarias para presentar sus problemas. Una vez discutido el mismo, pasamos a presentar la técnica de afrontamiento denominada Resolución de problemas.

c. Resolución de problemas

Resolución de problemas y las fases que conlleva.

Se explica que la terapia de resolución de problemas es una estrategia cognitivo-conductual que enseña a los individuos vías para manejar los problemas cotidianos. El objetivo principal es identificar la solución más efectiva para un problema y proporcionar un entrenamiento sistemático de las habilidades cognitivas y conductuales que ayudarán a las personas a aplicarlos y también a manejar con efectividad sus problemas futuros (Corey, 1995).

Se les explica a las adolescentes que es importante recordar que todos tenemos derecho a tomar nuestras propias decisiones y que hay factores que pueden intervenir como serían.

- Otras personas. familiares, amigos, maestros
 - La información es importante tener los conocimientos que permitan analizar los puntos a favor y en contra de una decisión
 - Experiencia propia. se debe utilizar nuestra experiencia sobre las cosas
- Ejemplo. amigos que hayan fallecido por conducir ebrios

Según Spiegler y Guevremont (1993) en Corey, 1995, las fases del proceso de resolución de problemas son las siguientes

- Primera Fase definición del problema
- Segunda Fase solución alternativa al problema (lluvia de ideas)
- Tercera Fase toma de decisiones
- Cuarta Fase solución seleccionada

Además, se les explica a las adolescentes que entre la tercera y cuarta fase puede existir un paso adicional, propuesto por Rose (1989), en Corey 1995 Este paso implicaría un período de preparación de la aplicación, es decir las adolescentes pueden ensayar y modelar la solución y obtener información o entrenamiento para la puesta en práctica de sus planes

d. Tarea para la casa

La tarea consiste en resolver un problema utilizando las fases aprendidas

Ejemplo para la solución de problemas: Juan y Sofía son novios. Para formalizar el noviazgo, Juan ha decidido que deben tener relaciones sexuales. Le dice a Sofía que no se preocupe, que cuando empiece a eyacular retirará el pene de su vagina, ya que él no quiere usar condón. Sofía por su parte se encuentra indecisa con respecto a eso, ella preferiría esperar, pero no quiere que Juan se vaya con otra chica.

e. Cierre de la sesión

Se finaliza la sesión con ejercicios de respiración y relajación incluidos en la preparación para el parto psicoprofiláctico

SESION 7

Fecha 1 de noviembre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 a.m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Los Refranes”
- b Revisión de la tarea
- c Técnicas de afrontamiento
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion

a Dinámica de grupo: “Los Refranes”

Se forman dos subgrupos con igual cantidad de participantes. A cada subgrupo se le entrega una caja con refranes sin concluir, el ejercicio comienza cuando el facilitador designa el grupo que inicia, entonces un miembro de ese equipo saca el primer papel con un refrán el cual debe ser completado por un miembro del grupo contrario, de no ser así este equipo pierde su turno y le toca al mismo equipo.

Al final gana el equipo que haya logrado completar el mayor número de refranes en menos tiempo.

Ejemplo “a Dios rogando ”

“más sabe el diablo. ”

b. Revisión de la tarea

Cada adolescente tiene oportunidad de comentar los aspectos que le llamaron la atención o bien aquellas situaciones que les pudieron resultar difíciles

c. Técnicas de afrontamiento

Continuamos con el tema sobre técnicas de afrontamiento. Se explica a las adolescentes que en muchas ocasiones debemos contar con estrategias que nos permitan hacer frente a situaciones estresantes, de tal modo que podamos prevenir, evitar o disminuir los efectos desagradables de dichas situaciones. Aquí se introdujo el tema "Autoinstrucciones Positivas para el Manejo del Estrés", que básicamente consiste en preparar a la persona para afrontar estresores antes, durante y después de su aparición (Mainieri, R. 2000), ya que por lo general existe una tendencia entre las personas a ver los hechos que deben enfrentar de forma negativa, y con esto se pretende invertir esta conducta, minimizarla y buscar establecer aspectos positivos de la situación que se experimenta.

Posteriormente, presentamos un ejemplo y se indicó que debían trabajar en grupos pequeños (tres participantes), y luego presentar la situación.

Ejemplo: Solicitar apoyo prenatal al papá del bebé (situación estresante).

Grupalmente discutieron este ejemplo y cada una dio su opinión. Esta actividad fue parte del ejercicio que tendrían que realizar después en sus casas.

d. Tarea para la casa

Repartimos las hojas de autoinstrucciones de afrontamiento positivo, para hacer en casa y se les animó a escribir sobre una situación estresante a la que debieran hacer frente próximamente (hoja de autoinstrucciones positivas en anexos)

e. Cierre de la sesión

Finalizamos la sesión con los ejercicios de relajación, respiración y gimnasia para el parto

SESION 8

Fecha 5 de noviembre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “La Papa Caliente”
- b Revisión de la tarea
- c Entrenamiento en Habilidades sociales (asertividad)
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion

a. Dinámica de grupo: “La Papa Caliente”.

Forman un círculo sin dejar espacio, luego una voluntaria estará a cargo de lanzar la papa y subir el volumen del radio, mientras tanto la papa debe irse tirando de una adolescente a otra, cuando se baje el volumen del radio quien tenga la papa en sus manos deberá hacer alguna penitencia solicitada por el resto del grupo, o perderá su lugar dentro del círculo

El propósito de esta dinámica es mantener el estado de alerta, concentración y motivación

Se realiza la dinámica de grupo antes de iniciar la sesión

b. Revisión de la tarea

Conversamos sobre la tarea asignada Las adolescentes refieren que no fue fácil, aunque la encontraron muy interesante, y adecuada para su actual situación

c. “Entrenamiento en Habilidades Sociales”.

Se empieza explicando a las adolescentes lo necesaria que son las Habilidades Sociales para el mantenimiento de la salud mental y física. De hecho, la capacidad que tenga la persona para afrontar el estrés diario será más importante para el estado de ánimo general, el ajuste social y la salud física, que la frecuencia o la gravedad de las situaciones de estrés (Caballo, V 1991. En Simón, 1993)

De ésta manera, se considera que las relaciones interpersonales pueden ser una fuente importante de satisfacción si existe una comunicación abierta y clara, pero si esta comunicación es confusa, se originan problemas

Uno de los aspectos de la comunicación clara es la asertividad. La asertividad, consiste en defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa y clara, y en un momento oportuno.

Especialistas en asertividad como Kubli (1988) y Galaz (1989) en Pick y otros 1997, presentan una lista de las características de la persona asertiva, entre las que se encuentran

- ve y acepta la realidad
- actúa y habla con base a hechos concretos y objetivos
- toma decisiones por voluntad propia
- acepta sus errores y aciertos
- utiliza sus capacidades personales con gusto

- no siente vergüenza de usar sus capacidades personales
- es autoafirmativa
- no es agresiva, está dispuesta a dirigir, así como a dejar que otros dirijan
- Puede madurar, desarrollarse y tener éxito sin resentimiento
- Permite que otros maduren, se desarrollen y tengan éxito

Por otro lado, se pone de manifiesto también componentes de la conducta asertiva, descritos por Caballo V (1997) en Barrios, 2005

+ Contacto visual:

Se debe mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. No tener contacto visual con las personas puede transmitir mensajes distorsionados como por ejemplo, que no nos interesa lo que se está diciendo

+ Tono de voz:

Puede ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor o por el contrario disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva

+ Postura:

Una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero, en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado

+ Expresión facial:

Debe existir congruencia entre la expresión facial y nuestro mensaje oral

+ Tiempo:

Es importante reconocer el momento oportuno para hacer o decir las cosas

+ Contenido

El contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos, ya que distorsionan el mensaje.

Luego de presentar la información teórica procedimos a realizar una actividad denominada “El Navío” (que tenía como objetivo aprender a responder clara y rápidamente ante la presión de los demás), para esto se repartió una lista de líneas de presión (ver en anexo) y en parejas debían ensayar lo aprendido y hacer la representación ante el resto del grupo

Una vez realizada esta actividad se discutió qué les había parecido la actividad y se les asignó la tarea para la próxima sesión

d. tarea para la casa

Deben escribir en sus cuadernos la importancia de comunicarse de manera clara y abierta, lo que significa ser asertivo y cómo lograrlo. Además, deben escribir una frase que responda asertivamente las siguientes instrucciones

- Di algo con lo que estés en desacuerdo con tu profesora

- Expresa tu posición con respecto a tener o no relaciones sexuales

e. Cierre de la sesión

Se finaliza la sesión con dinámicas de relajación y ejercicios de respiración y gimnasia para el parto

SESION 9

Fecha 8 de noviembre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 a m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Gallitos peleadores”
- b Revisión de tarea
- c Entrenamiento en Habilidades Sociales
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion

a. Dinámica de grupo: “Gallitos peleadores”

Se divide el grupo en dos equipos Se forman dos filas y quien este al final de cada fila tendrá una cola, estas colas serán de color rojo y azul La primera persona de la fila será la cabeza del gallo y debe encargarse de movilizar el resto del cuerpo (formado por las integrantes de la fila) y evitar que el otro grupo les arrebate la cola

b. Revisión de la tarea

Se revisa la tarea y se discute con las adolescentes algunas de sus respuestas También se les felicita por el esfuerzo para realizar la tarea y se finaliza esta parte preguntándole al grupo las dificultades que tuvieron y cómo las superaron

c. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Se presenta material relacionado con las diferencias entre asertividad,

pasividad y agresividad, tanto a nivel verbal como no verbal y específicamente, los efectos de éstas tres clases de comportamientos

Con relación a la asertividad, repasamos el contenido de la semana anterior, además de lo ya expuesto en la discusión de la tarea. Luego, indicamos que la agresividad, es la expresión hostil, frecuentemente poco honesta, fuera de tiempo y con el objetivo de ganar o de dominar, haciendo que el otro pierda o se sienta mal

Y finalmente, explicamos que la pasividad consiste en dejar que los demás dirijan o decidan por uno. Implica falta de lucha, de control, frustración e impotencia, produce coraje y obstaculiza el logro de metas

Enfatizamos en el hecho que aprender una conducta adecuada para expresar los sentimientos puede ayudar a disminuir el estrés y la ansiedad que pueden generarse de las relaciones familiares, de pareja, con amigos, compañeros de trabajo y hasta en el área de la sexualidad.

Una vez explicada la parte teórica, se dividen en pequeños grupo de tres o cuatro adolescentes para que ensayen un ejercicio titulado **sí/no**, donde deben indicar ante el grupo qué gestos, posturas y elementos no lingüísticos les parecieron asertivos, agresivos y pasivos. Se les aclara que la agresividad y pasividad no son conductas asertivas, pero que es necesario reconocerlas para diferenciarlas de la asertiva

d. Tarea para la casa

Las adolescentes deben leer una lista de factores (ver anexo) que facilitan la comunicación clara y asertiva

e. Cierre de la sesión

Se finaliza la sesión con los ejercicios de relajación.

SESION 10

Fecha 11 de noviembre de 2008

Hora 12 00 p m a 2 30 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Carreras sobre hojas de papel”
- b Revisión de tarea
- c Entrenamiento en Habilidades Sociales
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion**a. Dinámica de grupo: “Carreras sobre hojas de papel”**

Se colocan sobre el piso hojas blancas, las cuales deben irse moviendo a medida que las participantes van avanzando en la carrera. No se permite que las arrastren, deben hacer un pequeño alto para movilizarlas con las manos. Para esto se forman dos equipos y los miembros de cada equipo van relevando a las compañeras cuando éstas llegan a los puntos de meta. Gana el equipo que logre primero que todas sus participantes avancen en la carrera.

b. Revisión de la tarea

Las participantes comentan acerca de la lectura y explican cómo les puede ayudar en su vida cotidiana.

c. Entrenamiento en habilidades Sociales

Se dan dos ejemplos de diferentes situaciones y se les pide que señalen algunos miedos, así como las creencias irracionales que podrían tener en cada situación. Se reparte a continuación Hojas de Trabajo de Pensamiento Correcto (Caballo, 1987. En Simón, 1993).

Se les pide que formen grupo de tres y cuatro personas para trabajar en la actividad.

Situación 1:

Nunca tendré relaciones sexuales, porque me pueden contagiar con sífilis.

Situación 2:

Todos usan drogas, tal vez deba probar un poco de marihuana para no quedar como tonta.

La Hoja de Trabajo de Pensamiento Correcto tiene los siguientes apartados:

- ✓ ¿Es éste un pensamiento realista?
- ✓ Incluso si éste es un pensamiento realista ¿Es tan terrible que ocurra como me lo estoy imaginando?, ¿cómo encararía esto si sucediera?
- ✓ ¿Está ayudándome esta creencia a actuar de la manera en que quiero actuar en esta situación?
- ✓ ¿Cómo me sentiría si fuera la otra persona?, ¿qué piensan otras personas que serían las consecuencias lógicas de ser asertivo en esa situación?
- ✓ ¿Qué pensamientos puedo utilizar para contrarrestar este temor?

Se dan los comentarios relacionados con la actividad desarrollada. Algunas de las jóvenes explicaron que no fue fácil y otras que sólo pensar en tener que enfrentarse a situaciones como esas las ponía ansiosa.

Utilizaron sus listas de creencias irracionales y pensamientos distorsionados para hacer el trabajo asignado.

d. Tarea para la casa

Deben desarrollar para la siguiente sesión un tema sencillo que dure sólo un minuto.

Se sugieren temas como bebé, lactancia, anticonceptivos, parto, embarazo.

Se les explica que el objetivo de esta actividad no es el contenido de lo que digan, sino evaluar la importancia de la comunicación no verbal.

Además, como parte de la tarea, deben escribir en sus cuadernos frases que reemplacen expresiones no asertivas por otras asertivas, que faciliten la comunicación.

Ejemplos de frases no asertivas:

- Es posible que si estoy de humor vaya contigo a la fiesta.

- Tal vez si hacemos algo para que no me embarace, voy a acostarme contigo.

e. Cierre de la sesión

Finalizamos la sesión con ejercicios de relajación, respiración y gimnasia.

Sesión 11

Fecha 15 de noviembre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 a m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “La Máquina humana”
- b Revisar la tarea
- c Embarazo y Cuidados Maternos
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion

a. Dinámica de grupo. “La Máquina humana”

Se forman dos equipos, y se indica a las participantes que deben representar una máquina, utilizando solamente sus cuerpos para armarlas. Se les dice por ejemplo que pudieran hacer una máquina de moler. Deben ser creativas y no dar a conocer su máquina hasta que ambos equipos estén preparados. Luego sin hablar, sólo con gestos, el equipo contrario debe intentar identificar ¿qué máquina es?

b. Revisión de la tarea

Se revisó la tarea y de manera voluntaria las adolescentes presentaron sus temas, una vez finalizadas las exposiciones, las mismas mencionaron aspectos de la comunicación no verbal que habían percibido durante las charlas. También presentaron sus ejemplos donde habían reemplazado las frases por otras más asertivas.

c. Embarazo y Cuidados Maternos

Continuamos con el tema sobre embarazo, y realizamos una lluvia de ideas para que las participantes identificaran los principales síntomas físicos y emocionales asociados con el embarazo

Posteriormente, se solicitó a las adolescentes que se reunieran en grupos de dos personas, para conversar sobre cuáles creen que son las características físicas que tiene su bebé en este momento se asignan cinco minutos y luego se discuten en grupo sus opiniones. Además, se les pide que intenten explicar cómo se sienten al estar embarazadas siendo muy jóvenes.

Después, se presentan los cambios que experimenta la madre, así como el bebé a través de los 9 meses de embarazo, trimestre por trimestre. Se les explica los inconvenientes de consumir alcohol y otras drogas, así como los daños que pueden ocasionarles las enfermedades de transmisión sexual.

d. Tarea para la casa

Se asigna tarea para la casa, y se pide que en sus cuadernos registren alguna situación que les haya provocado ansiedad. Deben identificar pensamientos o distorsiones cognitivas, emociones, y reacciones fisiológicas relacionados con su embarazo.

e. Cierre de la sesión

Se cierra la sesión, con ejercicios de relajación, y de gimnasia para el parto.

SESION 12

Fecha 18 de noviembre de 2008

Hora 12 00 p m a 2 30 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “ Naranja-Limón”
- b Revisión de la tarea
- c Parto
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión

a. Dinámica de grupo: “Naranja-Limón”

Todas las participantes se sientan formando un círculo, menos el facilitador que se sienta en el centro

El facilitador se acerca a una de las participantes y le dice. “Naranja-Limón” A la voz de naranja, la adolescente debe decir, sin titubear el nombre de la persona que tiene sentada a su derecha; y a la voz de limón, el de su izquierda El facilitador da vueltas por el círculo interpelando con rapidez a distintos jugadores Cuando una de ellas se equivoca, titubea o no sabe decir el nombre de su vecina, sustituye en el centro al facilitador, ocupando éste el lugar que ha quedado libre

b. Revisión de la tarea

Se revisan las tareas de las adolescentes

c. Parto

El nuevo tema, consiste en describir el parto normal y el parto por cesárea

Dentro del parto normal, se hizo referencia a lo que es el falso y verdadero trabajo de parto, de manera que las adolescentes puedan conocer la diferencia y prepararse para ese momento

Por otro lado, brindamos información sobre lo que es la operación cesárea, discutimos sobre el hecho que la mujer operada (que ha tenido una cesárea) puede amamantar y qué cuidados que debe tener, entre otros aspectos

Una vez presentado el material teórico se mostró la película titulada “Espero un Hijo”, la cual contribuyó a ilustrar el material que se había tratado en otras sesiones, así como el discutido esa mañana, ya que la película contenía información desde la fecundación hasta el parto

d. Tarea para la casa

Se entrega una lista de preguntas que las va a ayudar a interrogarse y verificar las distorsiones cognitivas que poseen (Barrios, 2005).

Para esta actividad se utiliza un pensamiento sobre el parto que manifestó una de las participantes

El pensamiento básico es el siguiente El parto es horrible y puedo morirme

- ¿Cuál es la evidencia? ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra?

- ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la posibilidad más realista?
- ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático? ¿Cuál sería la consecuencia de tratar de cambiarlo?

e. Cierre de la sesión

Se cierra la sesión practicando los ejercicios de relajación y respiración combinados con los de gimnasia. Además, una de las adolescentes entregó la lista con los artículos básicos que necesitan llevar a la maternidad.

SESION 13

Fecha 22 de noviembre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 a m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Ronda de imitaciones”
- b Revisión de la tarea
- c Lactancia
- d Tarea para la casa
- e. Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion

a. Dinámica de grupo: “Ronda de imitaciones”

Cada integrante del grupo debe buscar una postura que le resulte cómoda
Cada persona elije a otra que se encuentre a su derecha. No importa a quién escogen Cuando el facilitador diga “ya”, cada persona debe imitar a quien haya elegido Copien la postura, la expresión facial movimientos, ruidos Imiten todo lo que haga esa otra persona y continúen haciéndolo durante varios minutos
Muy bien Ya.

(Esta dinámica es muy divertida y estimula agradablemente a las personas si es que han estado quietas o si la energía del grupo se encuentra baja)

b. Revisión de la tarea

Las adolescentes pudieron comentar que antes de escuchar los temas tenían ideas equivocadas sobre todo Algunas explicaron que pensaban que el parto sí

era horrible y en la idea de morir en el mismo, pero luego comprendieron que era un proceso natural por el que atravesaban un gran número de mujeres para tener bebés sanos. También expresaron que no es que su cuerpo se rompe, sino que los dolores durante el parto son por el paso del bebé por el canal de parto

c. Lactancia

Este contenido incluía todo sobre el cuidado de los senos, la preparación de los pezones para el momento de amamantar, y cómo evitar ciertas anomalías que se presentan en algunas mujeres como son el pezón plano, o el pezón invertido que dificulta amamantar. También se incluyó la alimentación de la mujer que amamanta

Las adolescentes tuvieron oportunidad para mencionar algunas ideas que tienen sobre lo que deben y no deben comer ahora que están embarazadas

Así por ejemplo, una de ellas comentó que su abuela, le había dicho que no debía comer pepinos porque si no su bebé nacería con cólicos y gases, otra mencionó que no se tomaba el hierro que le habían regalado porque después la sangre del bebé le saldría como chocolate y otra joven señaló que una amiga le dijo que había escuchado que era bueno tomar leche magnesia para que el bebé naciera limpio, y que ella lo había hecho, pero le había ocasionado diarrea

Como parte de la sesión se solicitó a las participantes que se reunieran en parejas y ensayaran algunas respuestas que podrían dar cuando les hicieran observaciones sobre su alimentación o de acuerdo a los ejemplos que habían

ofrecido previamente. Además, se les ánimo a utilizar las frases: Preferiría Quisiera. Me gustaría, para responder cuando les hagan alguna crítica que no es constructiva, y poco asertiva.

d. Tarea para la casa

Las adolescentes deben escribir por lo menos dos ideas irracionales con respecto a los temas: parto y lactancia, y reemplazarlas por ideas más adecuadas y realistas.

e. Cierre de la sesión

Terminamos la sesión con los ejercicios de relajación y de gimnasia para el parto, además entregamos un resumen del material presentado en esa sesión.

SESION 14

Fecha 25 de noviembre de 2008

Hora 12 00 p m a 2 30 p m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “El Capullo”
- b Revisión de la tarea
- c Información complementaria (maltrato infantil, violencia doméstica, orientación vocacional)
- d Tarea para la casa
- e Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesion**a. Dinámica de grupo “El Capullo”**

Se solicita a las participantes que plieguen su cuerpo de manera que les resulte cómodo y las haga sentirse protegidas del mundo. Luego deben cerrar los ojos e imaginar que están dentro de un capullo, rodeadas por una suave y resistente cáscara que las protege . “Empleen cierto tiempo en explorar dentro de ese capullo, descubran cómo es ese capullo y cómo se sienten allí Ahora lentamente, salgan del capullo y busquen la salida de esa cáscara protectora y dense cuenta cómo se sienten al salir al mundo. Cuando emerjan, comiencen a estirarse del modo que les resulte más cómodo Luego a la cuenta de tres abrirán sus ojos y compartirán su experiencia”

b. Revisión de la tarea

La discusión de la misma fue positiva, ya que las adolescentes expresaron satisfacción al pensar y sentir que podían tener el control de sus cuerpos y decidir en cosas importantes como eran la alimentación y lactancia

c. Información complementaria (violencia doméstica, maltrato infantil y orientación vocacional).

Se inicia con una lluvia de ideas, donde las adolescentes deben mencionar aspectos que reflejen que un niño o niña es víctima de maltrato. La mayoría de las veces se observó que describían situaciones de maltrato físico (golpes, pellizcos, bofetadas). También preguntamos, ¿Qué sabían sobre la violencia doméstica? y las mismas dieron sus opiniones.

Pasado este período, explicamos la información contenida en el **Título V** “Delitos contra el Orden Jurídico Familiar y el Estado Civil”, **Capítulo I** “Violencia Doméstica”, los **artículos** 197, 198 Y del **Capítulo II** “Maltrato de Niño, Niña o Adolescente”, los **artículos** 199, 200 y 201 contemplados dentro del Código de la Familia y el Menor.

Una vez escuchados los artículos que rigen sobre estos temas, las adolescentes expresaron algunas experiencias vividas dentro de sus hogares, donde habían visto muchas veces a sus padres o padrastros golpear a sus madres y ellas no sabían que esto era violencia doméstica.

Por otro lado, con relación a la educación se brindó orientación sobre lugares en el área de San Miguelito donde podían asistir a recibir diversos cursos, entre

esos CEDIA, que es una escuela vocacional que funciona en el área de Villa Guadalupe en San Miguelito, donde las adolescentes pueden recibir cursos en corte y confección, belleza y repostería. También sobre CEFODEA, ubicado en Tinajita, donde pueden recibir cursos similares y también académicos. No obstante, se animó a las adolescentes para que acudieran a sus centros educativos, ya que allí tenían la obligación de asistir a sus clases o por lo menos recibirlas por módulos y presentarse una vez al mes para hacer sus exámenes. Una de las adolescentes recordó que la directora de su propia escuela le había sugerido que no fuera más, se aprovechó para explicarles que esto violaba la ley N° 29 de 2002, de educación que garantiza la permanencia de las adolescentes embarazadas dentro del sistema educativo, y que ella podía acercarse a la directora de la escuela y hacer valer ese derecho.

Cabe expresar que estos temas se expusieron de manera clara, sencilla y breve, de manera que fueran útiles para las participantes.

Para esta sesión se ensayaron conductas que fueron elegidas libremente por las adolescentes. Una de ellas fue precisamente como llegar a sus escuelas y solicitar los módulos para terminar el año escolar.

d. Tarea para la casa

Se solicitó repasar los pensamientos distorsionados, creencias irracionales, conducta asertiva para la sesión siguiente.

e. Cierre de la sesión

Finaliza la sesión con los ejercicios de respiración y gimnasia.

SESIÓN 15

Fecha 29 de noviembre de 2008

Hora 9 00 a m a 11 30 a m

Contenido de la sesión

- a Dinámica de grupo “Creciendo”
- b Revisión de la tarea
- c Información complementaria (maltrato infantil, violencia doméstica, orientación vocacional)
- d Cierre de la sesión

Desarrollo de la sesión

a. Dinámica de grupo: “Creciendo”

Se pide a las adolescentes que se acuesten de espalda hacia el suelo, o como les resulte más cómodo, dejando espacio libre a su alrededor. Ahora imaginen que la mano izquierda es un pequeño pimpollo que crece muy lentamente y busca la luz del sol. Lentamente abre sus pétalos a las brisas y a la lluvia, luego comienza a marchitarse cuando su energía se emplea en la formación de semillas, y gradualmente cae a la tierra con sus semillas.

Ahora plieguen su cuerpo y conviértanse en una semilla. ¿Qué tipo de semilla es usted? Es invierno y usted comienza a germinar y moverse, enviando una pequeña raíz dentro de la tierra y un pequeño brote hacia la luz solar. Continúen creciendo y moviéndose y tomen conciencia de cómo se siente el cuerpo mientras se desdobl原因 y se convierten en alguna planta o árbol.

A la cuenta de cinco abren sus ojos y comparten su experiencia

b. Revisión de la tarea

Se repasaron los temas asignados con las participantes antes de iniciar la sesión

c. Información complementaria

Se presentan algunos ejemplos para trabajar

- ❖ Si le digo a la directora del Colegio que quiero regresar, no le va a gustar, me puede tratar mal y eso me haría sentir horrible y sería desastroso.
- ❖ Mi papá es así conmigo, porque yo no sirvo para nada, pero si fuera otra persona, me trataría mejor
- ❖ El papá de mi bebé es un inútil
- ❖ A veces es necesario darle correazos a los niños para que respeten y hagan caso

Se les explica a las adolescentes que es necesario que identifiquen los pensamientos distorsionados para que puedan cambiarlos y sean más asertivas con las personas con quienes se relacionan.

Cuando finaliza la actividad se discuten en grupo los ejemplos y se presentan todas las respuestas

d. Cierre de la sesión

Se recuerda a las adolescentes que los cambios de pensamiento, generan cambios en la conducta y que se requiere práctica constante para modificar los pensamientos disfuncionales por otros más realistas y adaptativos. Se da por terminado el tratamiento y se procede a la evaluación final o posttest